



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Por Elsa Cristina da Rosa Filipe Martins

LISBOA, Maio de 2011



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Por Elsa Cristina da Rosa Filipe Martins

Sob orientação da Professora Manuela Madureira

LISBOA, Maio de 2011

RESUMO

O presente relatório representa o culminar de dois estágios inseridos no Curso de Mestrado de Natureza Profissional com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, com vista a aquisição de competências para o exercício profissional como Enfermeira Especialista.

O estágio decorreu em três módulos diferentes: Módulo III – Opção: Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar no Centro Hospitalar de Lisboa Central (Hospital de S. José), no período de 19 de Abril a 18 de Junho de 2010, num total de 180 horas. Módulo II – Cuidados Intensivos: Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR) do Centro Hospitalar de Lisboa Norte (Hospital de Santa Maria), no período 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010, num total de 180 horas. Módulo I – Urgência, módulo creditado pelos catorze anos de exercício profissional nesta área.

Em todos os módulos foi abordada a área de controlo de infecção, nomeadamente no que respeita à Prevenção da pneumonia associada à ventilação. Esta temática foi o fio condutor destes estágios, por ser uma área transversal aos diferentes contextos de trabalho e o papel do enfermeiro na prevenção mostrar especial evidência no desenvolvimento da disciplina de Enfermagem.

As áreas da prestação de cuidados, formação, gestão e investigação foram privilegiadas no desempenho das actividades, de modo a atingir os objectivos inicialmente delineados.

Com vista à melhoria da qualidade de cuidados e privilegiando a área de investigação, foram aplicados questionários aos enfermeiros de forma a avaliar os conhecimentos na área da prevenção da pneumonia associada à ventilação. Foram realizadas sessões formativas com apresentação dos resultados dos questionários, criando momentos de reflexão promotores da autonomia da Disciplina de Enfermagem nesta área. A reflexão provinda das sessões formativas visou o desenvolvimento de instruções de trabalho para as diferentes áreas e elaboração de Procedimento Sectorial para a Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação, com consequente criação de indicadores de qualidade para a Unidade.

Como conclusão, destaca-se o reconhecimento do enfermeiro especialista na promoção de boas práticas e na qualidade dos cuidados prestados. É essencial que o enfermeiro especialista seja um profissional reflexivo, actualizado capaz de mobilizar conhecimentos científicos, técnicos, relacionais e ser uma referência no seio da Equipa de Enfermagem.

ABSTRACT

This report represents the culmination of two apprentice programs inserted in the Master Course of Nature Professional with Specialization in Medical-surgical, with a view to acquiring skills for professional practice as a Specialist Nurse.

The apprentice program occurred in three different modules: Module III - Option: Hospital Infection Control Committee of Centro Hospitalar Lisboa Central (Hospital de S. José), from April 19 until 18 June 2010, with a total of 180 hours. Module II - Critical Care: Respiratory Intensive Care Unit (UCIR) of Centro Hospitalar Lisboa Norte (Hospital de Santa Maria) from September 27 until 19 November of 2010, with a total of 180 hours. Module I – Emergency Department, module credited given that it as fourteen years of professional experience in this area.

In all the modules the infection control area had been developed, particularly regarded with the prevention of ventilator-associated pneumonia. This theme was the common thread of these apprentices, because it is a cross-sectional area of the different working contexts and the role of nurses in prevention shows special emphasis on the development of nursing discipline. The areas of care, training, management and investigation have been privileged in the performance of activities in order to achieve the goals originally outlined.

To improve the quality of care and focusing on the area of research, questionnaires were given to nurses to evaluate knowledge in the prevention of ventilator-associated pneumonia. Training sessions were held to present the results of questionnaires, creating moments of reflection that promote the autonomy of the discipline of nursing in this area. The debate resulting from formative sessions aimed to the development of work instructions for the different areas and to the elaboration of Sectorial Procedure for the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia, with the consequent creation of quality indicators for the Unit.

In conclusion, it's enhanced the recognition of the specialist nurse in the promotion of good practice and quality of care. It is essential that the specialist nurse is a reflective practitioner, updated, capable of mobilizing scientific, technical and relational knowledge's and be a reference within the Nursing Team.

Agradecimentos

Difícilmente se realizam obras em solidão.
Quero expressar o meu profundo agradecimento aos que me
ajudaram nesta tarefa.

*À Professora Manuela Madureira
pelo estímulo, pela dedicação, pela orientação.*

*Às Enfermeiras Madalena e Aida
pelo ensino clínico que proporcionaram.*

À Cláudia, pelo apoio

Ao Pedro, pela compreensão

Siglas

CCIH – Comissão de controlo de infecção hospitalar
CDC – Centers for disease control
CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central
DGS – Direcção Geral de Saúde
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
HDE – Hospital Dona Estefânia
HSAC – Hospital Santo António dos Capuchos
HSM – Hospital Santa Marta
IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde
INE – Instituto Nacional Estatística
OE – Ordem dos Enfermeiros
PAV – Pneumonia associada à ventilação
SAV – Suporte avançado de vida
UCIR - Unidade Cuidados Intensivos Respiratórios
UCP – Universidade Católica Portuguesa
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VMI – Ventilação Mecânica invasiva
VNI – Ventilação não Invasiva

INDICE

INDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1 - Distribuição dos sujeitos de acordo com a Questão 1.....	22
Gráfico 2 - Distribuição dos sujeitos de acordo com a Questão 2 alínea A4	23
Gráfico 3 - Distribuição dos sujeitos de acordo com Questão 2 alínea B1	24
Gráfico 4 - Distribuição dos sujeitos de acordo com Questão 2 alínea C4.....	24
Gráfico 5 - Distribuição dos sujeitos de acordo com Questão 2 alínea D3.....	25
Gráfico 6 - Distribuição dos sujeitos de acordo com Questão 2 alínea E4	26
Gráfico 7 - Distribuição dos sujeitos de acordo com Questão 1.....	35
Gráfico 8 - Distribuição dos sujeitos de acordo com Questão 2 alínea A4	35
Gráfico 9 - Distribuição dos sujeitos de acordo com Questão 2 alínea B5	36
Gráfico 10 - Distribuição dos sujeitos de acordo com Questão 2 alínea C4.....	37
Gráfico 11 - Distribuição dos sujeitos de acordo com Questão 2 alínea D3.....	38
Gráfico 12 - Distribuição dos sujeitos de acordo com Questão 2 alínea E4	38

INDICE

INDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1 – Organograma da CCIH do CHLC.	17
Figura 2 – Disposição Serviço Urgência	43

INDICE GERAL

Pág.

0 - <u>INTRODUÇÃO</u>	11
1 – <u>ENQUADRAMENTO DOS ESTÁGIOS</u>	16
1.1 - MÓDULO III – OPÇÃO: CONTROLO DE INFECÇÃO HOSPITALAR	16
1.1.1 - <u>Objectivos e actividades desenvolvidas</u>	19
1.1.2 - <u>Competências adquiridas e desenvolvidas</u>	27
1.2 - MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS	29
1.2.1. - <u>Objectivos e actividades desenvolvidas</u>	30
1.2.2 - <u>Competências adquiridas e desenvolvidas</u>	38
1.3 - MÓDULO I – URGÊNCIA	41
1.3.1 - <u>Serviço de Urgência</u>	42
1.3.2 - <u>Competências adquiridas e desenvolvidas</u>	44
2 - <u>CONCLUSÃO</u>	53
3 - <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	56
ANEXOS	59
ANEXO I - Questionário aplicado aos enfermeiros do Serviço de Urgência	60
ANEXO II - Plano das sessões formativas apresentadas aos enfermeiros do Serviço de Urgência	64
ANEXO III - Questionário aplicado aos enfermeiros da UCIR	76
ANEXO IV - Plano das sessões formativas apresentadas aos enfermeiros da UCIR	80

0 - INTRODUÇÃO

A Enfermagem como profissão em desenvolvimento e em busca da sua própria identidade, tem como preocupação identificar e desenvolver uma base de conhecimentos própria, orientada por padrões de qualidade em que o "... exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)". (Ordem dos Enfermeiros, 2001 p. 8)

Ser enfermeiro é ser pessoa que cuida o outro; é ser humano, com todas as suas experiências, saberes, alegrias e frustrações, mas ao mesmo tempo assume o compromisso de ajudar o outro a superar ou minimizar o seu estado de saúde/doença, através do conhecimento científico e pensamento crítico. Citando VIEIRA (2007) "Os enfermeiros trabalham com pessoas ao longo do ciclo de vida, saudáveis e doentes, em ambientes de alta tecnologia, (...) onde a principal arma terapêutica é o próprio enfermeiro e a relação que estabelece".

A pessoa é um "ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se" (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001 p. 6). Em situação de crise sofre uma interrupção abrupta da sua vida, passa de um estado de saúde para uma situação de doença, ou seja, sofre uma transição, citando CHICK e MELEIS (1986) transição é uma "passagem, um movimento de um estado, de uma condição, de um lugar para outro". Estas mudanças são muitas das vezes dramáticas, involuntárias, geradoras de stress, instabilidade e insegurança (ZAGONEL 1999, p. 4). Cabe ao enfermeiro o papel de "aliviar, confortar, manter as forças para combater a doença" (COLLIÈRE 2001, p. 179), cuidar do utente nesta transição saúde-doença.

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, *"prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente"* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001 p. 8). Como refere FERNANDES (2007), cuidar revela a nossa "humanidade, sendo essencial para o nosso desenvolvimento e para atingir a plenitude como seres humanos, logo o enfermeiro deve partilhar a sua competência e qualidade dos cuidados com base nos princípios éticos, reflectindo continuamente no seu agir."

As intervenções de enfermagem implicam competência técnica, relacional e formativa traduzindo-se numa melhoria da qualidade no atendimento à pessoa, em todas as suas dimensões, abrangendo necessariamente o *saber, saber ser, saber estar e saber fazer* e como refere, BENNER (2005) *“o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer) graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do «saber fazer» existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina”*.

A evolução da carreira de enfermagem está no presente a colocar os enfermeiros num grande desafio na construção do seu desenvolvimento profissional, no reconhecimento de competências da experiência profissional sustentada na prática clínica reflexiva e em momentos formais de aquisição de conhecimentos.

Foi este espírito que despoletou em mim o sentimento de necessidade de evoluir enquanto pessoa e enquanto profissional e daí a decisão de realizar este Curso de Mestrado de natureza profissional, que contempla no seu plano curricular a elaboração de um relatório de estágio.

Assim, o presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto das Ciências da Saúde, referente aos estágios que decorreram no Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE (Hospital de São José) e Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE (Hospital Santa Maria). Num decurso que se iniciou com a elaboração do projecto de estágio, sendo que os estágios têm como finalidade contribuir para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados, conferindo visibilidade ao enfermeiro especialista.

De acordo com as competências específicas e essenciais para a prática de enfermagem médico-cirúrgica, o enfermeiro especialista deve proporcionar cuidados de alta qualidade em situações imprevistas e complexas utilizando um método de trabalho eficaz na assistência ao doente incluindo a detecção precoce de complicações.

O ensino clínico encontra-se dividido em 3 módulos, determinado pelo plano de estudos: Módulo I – Serviço de Urgência (módulo creditado); Módulo II – Cuidados Intensivos realizado no Centro Hospitalar Lisboa Norte na Unidade Cuidados Intensivos respiratórios (UCIR) no período de 27 de Setembro a 17 de Novembro de 2010; Módulo III (Opção) – Controlo de Infecção realizado no Centro Hospitalar Lisboa Central na Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (CCIH) no período de 19 de Abril a 18 de Junho de 2010, ambos com duração de 180h.

A escolha dos campos de estágio nestas Instituições de Saúde, deveu-se ao facto de serem Hospitais Centrais de referência do país, ambos serem Hospitais Universitários com vertente

pós-graduada e disporem de Serviços de referência para aquisição de competências na área de especialização médico-cirúrgica.

O Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (Hospital de São José), sucedeu ao antigo Hospital Real de Todos os Santos, cuja construção teve início a 15 de Maio de 1492. A sua inauguração ocorreu nove anos mais tarde, no reinado de D. Manuel I em 1501.

Resultado da fusão de pequenos hospitais a sua nomenclatura ficou determinada pela denominação comum aos que se juntaram como - de Todos os Santos (*Omnia Sanctorum*). Foi também "Hospital Real", e simultaneamente Hospital dos Pobres. As letras O e S mantêm-se até hoje no símbolo que representa a instituição.

O Hospital de São José é Hospital de referência para nove centros de saúde da cidade de Lisboa, num total de 36 freguesias (233 120 habitantes), vinte hospitais distritais (829 072 habitantes), dados fornecidos pelo INE censos 2001.

O primeiro ensino clínico – módulo III (Opção) – Controlo de Infecção decorreu na CCIH do Centro Hospitalar Lisboa Central (Hospital de São José). A escolha deste local de estágio deveu-se à necessidade de desenvolver competências na área da prevenção e controlo das infecções em especial no que reporta às infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) assim, como o interesse e a motivação despoletados pelos conteúdos ministrados na unidade curricular – Enfermagem médico-cirúrgica I módulo III – Controlo de Infecção Hospitalar e, pelo facto desta ser uma área onde se devem desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. Estando, ainda, esta temática directamente relacionada com o que planeei para o meu percurso pessoal e projecto formativo.

O segundo ensino clínico – módulo II – Cuidados Intensivos decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR) do Hospital de Santa Maria. A escolha da realização deste ensino clínico neste Hospital e nesta Unidade deveu-se: à necessidade de desenvolver competências na área da ventilação mecânica invasiva (VMI) e da ventilação não invasiva (VNI), no interesse despoletado nas aulas da unidade curricular acerca desta temática e por fazer também parte integrante do meu projecto de formação pessoal e projecto profissional.

O Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE (Hospital de Santa Maria) remonta a sua história a 1934, aquando da aprovação do Decreto-Lei relativo à criação da comissão administrativa dos novos edifícios universitários, presidida pelo Professor Francisco Gentil. Esta comissão seria, então, responsável pelos edifícios que iriam albergar os hospitais escolares, tanto em Lisboa como no Porto. O então Hospital Escolar de Lisboa foi concebido pelo alemão Hermann Distel em 1938 e a sua construção iniciada em 1940, no Campo Grande. A obra foi concluída em

1953 tendo sido na altura considerada uma das maiores realizações do Estado Português até então.

No decurso das obras foi publicado um decreto-lei (em 1952) que integrou todos os hospitais no então Ministério do Interior o que levou a que o inicialmente Hospital Escolar de Lisboa sob a tutela única do Ministério da Educação, passasse a Hospital de Santa Maria, tutelado por dois diferentes ministérios (Ministério do Interior e Ministério da Educação). A inauguração solene do edifício ocorreu a 27 de Abril de 1953.

Em Janeiro de 2007 o Hospital de Santa Maria foi convertido numa Entidade Pública Empresarial (EPE), tendo sido posto em prática o Plano Estratégico 2006-2008 que visava a requalificação global do Hospital.

O Centro Hospitalar Lisboa Norte, composto pelos Hospitais de Santa Maria e de Pulido Valente, insere-se na Unidade Setentrional da Sub-Região de Lisboa da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Presta cuidados directos a cerca de 365.000 habitantes, das áreas dos Centros de Saúde de Alvalade, Benfica, Loures, Lumiar, Odivelas e Pontinha. As suas características de centro de destino para a referência diferenciada alargam a sua influência para os níveis regional e nacional, (Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2010)

A realização deste relatório representa o culminar de dois ensinamentos clínicos, que visaram a aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais e que permitiram prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente de médio e alto risco /família, na área de especialização médico-cirúrgica. E, ainda, a fundamentação do módulo I (creditado) com as competências desenvolvidas de enfermeiro especialista, durante os catorze anos no Serviço de Urgência. Assim este relatório tem como objectivos:

- Descrever as actividades desenvolvidas e as aprendizagens que delas resultaram ao longo dos estágios;
- Reflectir sobre os momentos de aprendizagem vivenciados, promovendo o processo de ensino/aprendizagem;
- Avaliar o meu percurso de forma crítica e reflexiva.

Este relatório está dividido em três capítulos:

Introdução, onde é feito o enquadramento do relatório no curso, identificados os módulos realizados, caracterização sumária dos locais de estágio, justificando a sua escolha e áreas a desenvolver e por fim os objectivos do relatório.

No capítulo do enquadramento dos estágios, os estágios são apresentados por ordem cronológica, sendo então efectuada uma caracterização mais pormenorizada de cada campo de estágio. São apresentados os objectivos traçados para cada estágio seguidos da descrição

das actividades desenvolvidas com as estratégias utilizadas para desenvolvimento dessas mesmas actividades e efectuada uma reflexão fundamentada das competências adquiridas. Por fim, a conclusão onde é efectuada uma análise crítica reflexiva do processo ensino/aprendizagem, descrita a importância e mudanças que este percurso promoveu em mim enquanto pessoa/enfermeira e ainda as dificuldades sentidas e sugestões de melhoria.

1 – ENQUADRAMENTO DOS ESTÁGIOS

A elaboração deste relatório foi condição essencial para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. O relatório é um documento definitivo, produto final de um trabalho. Apresenta a informação de um modo muito especial. (SUSSAMS, 1990 p. 12). Neste relatório pretendo efectuar uma reflexão sobre o percurso realizado, aferindo o desenvolvimento de competências em cada local de estágio.

Os objectivos para cada campo de estágio foram traçados nas reuniões informais com o respectivo enfermeiro-chefe de Serviço aquando da escolha dos respectivos locais de estágio, no decurso da elaboração do projecto.

Assim, este relatório é fruto de um projecto, citando BOTELHO (1996) “que parte de nós, da nossa experiência, da consciência que temos das nossas necessidades e desejos, com vista à melhoria da qualidade na prestação de cuidados, mobilizando conhecimentos e atingindo competências”.

1.1 – MÓDULO III – OPÇÃO: CONTROLO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Este módulo decorreu na CCIH do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE (CHLC), no período de 19 de Abril a 18 de Junho de 2010, num total de 180 horas.

O CHLC é um hospital central, com ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido pela excelência clínica, eficácia e eficiência, assumindo-se como instituição de referência (Centro Hospitalar Lisboa Central, 2011). A escolha deste campo de estágio prendeu-se com o conhecimento dos projectos que esta CCIH desenvolve no âmbito da prevenção das Infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e com a partilha de experiências entre colegas de ensinos clínicos anteriores, que consideraram um campo de estágio de excelência para aquisição de competências na área da prevenção e controlo da infecção hospitalar, aliado ao facto de ser o Hospital onde desempenho a minha actividade profissional, permitindo desta forma reportar alguns objectivos de estágio para o meu local de trabalho.

Foi com alguma apreensão que o iniciei, por ser uma área nova de actuação no que respeita ao domínio das nomenclaturas e terminologias específicas, mas o interesse em desenvolver competências na área da prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde em especial da PAV, foi um desafio e ajudou a superar esse sentimento.

A composição da CCIH é estabelecida de acordo com o artigo 3º do Diário da República nº246 de 23/10/1996, sendo nomeada pelo Conselho de administração em 08 de Junho de 2004 conforme Ordem de Serviço nº35/2004.

A CCIH do Centro Hospitalar Lisboa Central é um órgão de apoio técnico dependente do Conselho de Administração, com regulamento próprio emitido em 17 de Setembro de 2004. O Centro Hospitalar reúne quatro Hospitais (Hospital D. Estefânia, Hospital Santa Marta, Hospital Santo António dos Capuchos, Hospital de São José) cada um com a sua equipa de CCIH. A do Hospital de São José foi a equipa que integrei, sendo esta constituída por um enfermeiro a tempo inteiro, um a tempo parcial, um assistente técnico e um médico em parceria com a CCIH do Hospital dos Capuchos.

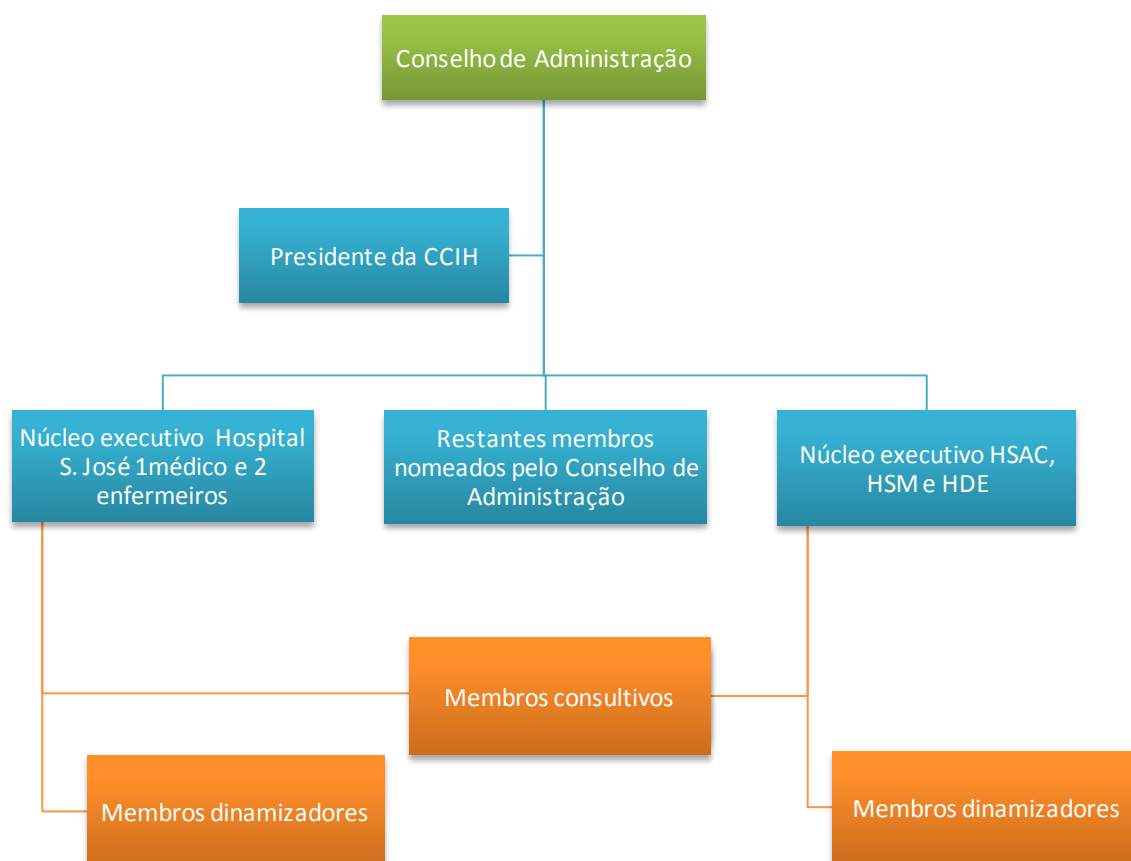


Figura 1 – Organograma da CCIH do CHLC.

Fonte: Regulamento da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar 2004-2007.

A CCIH tem como principais funções: prevenção, deteção e controlo das infeções, vigilância epidemiológica de estruturas, procedimentos e resultados, a elaboração de recomendações e

normas para a prevenção e controlo de infecção e colaboração em acções de formação nesta área para todos os profissionais prestadores de cuidados (Centro Hospitalar Lisboa Central, 2004-2007).

De acordo com o Artigo 6º do regulamento da CCIH do CHLC as competências dos enfermeiros dos núcleos executivos são:

- Participar na elaboração de normas e recomendações sobre rotinas e procedimentos técnicos de enfermagem, relacionados com a área de prevenção e controlo de infecção, bem como orientar e supervisionar a sua execução.
- Manter contacto permanente com os vários departamentos, Serviços e Unidades, com o objectivo de detectar problemas, colher dados importantes, orientar e supervisionar o cumprimento de normas e recomendações emanadas da CCIH.
- Detectar casos de infecção em articulação com o laboratório de microbiologia.
- Assegurar a recolha de elementos para executar os programas considerados necessários.
- Identificar as necessidades na área de formação multi e interdisciplinar, desenvolver e participar em acções de formação.
- Colaborar nos processos de recolha e divulgação da bibliografia referente à prevenção e controlo de infecção.

Os membros dinamizadores têm função de articulação entre a CCIH e os Serviços, facilitando o plano de operacionalização de prevenção e controlo de infecção. São enfermeiros, médicos, ou outros técnicos designados pelas chefias do Serviço. Estes têm como função:

- Colaborar em estudos e trabalhos de vigilância epidemiológica nos respectivos Serviços ou Unidades.
- Sensibilizar os profissionais do seu Serviço ou Unidade para os problemas da infecção hospitalar.
- Participar na elaboração de normas e protocolos para o respectivo Serviço ou Unidade.
- Implementar e acompanhar no seu Serviço ou Unidade a execução de normas e recomendações ou outras medidas de prevenção e controlo de infecção emitidas pela CCIH.

- Identificar problemas de estruturas, processos e resultados e informar a CCIH em caso de suspeita de surto epidémico ou de outras situações de risco para a prevenção e controlo de infecção.
- Propor à CCIH a realização de estudos no Serviço ou Unidade ou adopção de medidas que considerem necessárias, tendo em vista a vigilância e o controlo de infecção.

1.1.1 – Objectivos e actividades desenvolvidas

O período de integração na equipa foi facilitado por exercer funções no mesmo hospital e ambos os Serviços se encontrarem em espaço físicos de proximidade. O conhecimento de toda a dinâmica da CCIH e competências do enfermeiro do controlo de infecção implicou uma consolidação de conhecimentos teóricos, pesquisa e leitura de artigos seleccionados do CDC, da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento da CCIH do CHLC, bem como colocação de questões à enfermeira orientadora profissional perita nesta área, que me auxiliou na prossecução dos objectivos deste meu ensino clínico.

Tendo por base o desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na Comissão de Controlo de Infecção, delineei como objectivos específicos os seguintes:

Objectivo específico 1: Conhecer a dinâmica funcional da Comissão de Controlo de Infecção do Hospital São José.

Objectivo específico 2: Desenvolver competências na prevenção e controlo da Infecção Hospitalar.

Objectivo específico 3: Contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV).

No primeiro dia, tive a oportunidade de conhecer o funcionamento da CCIH e a forma como se articula com os restantes Serviços e Unidades do Hospital, quais os membros que a constituem e como se coordenam entre si. Foram consultadas normas e base de dados.

Na integração do trabalho diário da equipa, participei numa reunião com os elementos dinamizadores dos serviços para revisão dos procedimentos multissectoriais dos cateteres vasculares e urinários. Desta reunião pude compreender o papel importante que os elementos dinamizadores podem desenvolver nos Serviços ou Unidades: sensibilizar os profissionais para os problemas de infecção hospitalar; acompanhar e implementar no seu Serviço ou Unidade a execução das normas e recomendações ou outras medidas de prevenção e controlo de infecção emitidas pela CCIH; colaborar em estudos e trabalhos de vigilância epidemiológica nos respectivos Serviços ou Unidades; identificar problemas de estruturas, processos e resultados e informar a CCIH em caso de suspeita de surto epidémico ou de outras situações de risco para a prevenção ou o controlo de infecção.

No decorrer deste ensino clínico tive a oportunidade de participar em auditorias, dentro das quais: estruturas, roupa e acondicionamento dos corto perfurantes.

Em conformidade com o Instituto da Qualidade em Saúde, podemos definir auditoria como: uma metodologia que consiste na análise crítica e sistémica da qualidade dos cuidados, implica a identificação de problemas, a definição de medidas de melhoria, implementação destas medidas e posterior avaliação. Tem como objectivo identificar desvios em relação a padrões, normas e critérios de qualidade dos cuidados; detectar deficiências e problemas no âmbito dos cuidados que requeiram acções de melhoria.

A auditoria de estruturas foi solicitada à CCIH pelo próprio Serviço, Bloco de Exames de Gastro, para avaliação e elaboração de relatório sobre as estruturas do Serviço provisório que teriam que ocupar durante o período de obras de melhoria da Unidade.

As auditorias da roupa e do acondicionamento de corto perfurantes decorreu em conformidade com o plano interno de auditorias da CCIH. Foram realizadas numa Unidade de Cuidados Intensivos nível III. A equipa apresentou-se à enfermeira-chefe e explicou o que iria auditar, tendo as auditorias sido interpretadas pela enfermeira-chefe como uma mais-valia para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A auditoria respeitante à roupa contemplou a apreciação de locais de acondicionamento de roupa limpa e suja, avaliação da integridade e higiene da roupa, manuseamento da roupa suja pelos profissionais, número suficiente de carros de roupa suja, se é respeitada a capacidade de cada saco ou se existe roupa no chão. Na auditoria do acondicionamento dos corto perfurantes foram avaliadas, essencialmente, o número de contentores de materiais corto perfurantes disponíveis, se estavam em local seguro e fácil acesso aos profissionais, se não excediam os 2/3 de capacidade e se no interior existiam agulhas reencapsuladas. No final, foi enviado relatório para a respectiva Unidade para conhecimento dos resultados da respectiva auditoria, incluindo pontos fracos e sugestões de melhoria. Os resultados destas auditorias são

partilhados em reunião de serviço pela enfermeira-chefe à equipa de enfermagem e assistentes operacionais.

Tive a oportunidade de colaborar na elaboração do relatório do controlo epidemiológico de 2010 na análise dos resultados das infeções respiratórias no Hospital de São José. Destes resultados 36% correspondem a Pneumonia Nosocomial e 27% estão associadas à ventilação, avivando ainda mais o meu interesse por esta temática. A prevenção da PAV por ser um tema actual no âmbito do Plano Nacional de Saúde em Portugal para 2010 e reflectindo sobre esta área, considerei pertinente traçar o objectivo “Contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação” para o Serviço de Urgência, onde desempenho funções e do qual tenho conhecimento da sua realidade.

A Pneumonia Associada à Ventilação (PAV) na Europa apresenta um peso significativo na morbilidade e na mortalidade em doentes críticos que necessitam de suporte ventilatório, variando de 9 a 68% nos doentes sob ventilação mecânica, estando esta relacionada com o número de dias de ventilação. (NHS, 2007)

Um conjunto de procedimentos foi colocado em prática em Inglaterra de forma a melhorar a qualidade dos cuidados, com consequente implementação de boas práticas na prevenção e controlo de infecção. Denominadas de *Care Bundles*, elaboram uma grelha de actividades a observar: elevação da cabeceira a 30° - 45° reduz o risco de PAV, humidificação apropriada para redução do espessamento das secreções, manuseamento do circuito ventilatório, aspiração de secreções e higiene oral. (NHS, 2007)

Em Portugal, a Sociedade Portuguesa de Pneumologia e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, no documento de Consenso sobre pneumonia nosocomial, propõem a utilização do acrónimo *A MENTE* na prevenção da pneumonia nosocomial e com o seguinte significado:

- **A** de Acordar: evitar sedação profunda e agentes paralisantes e promover períodos de suspensão diária de sedação;
- **M** de Mãos: lavagem/desinfecção das mãos e cumprimento das medidas de assepsia;
- **E** de Elevação da cabeceira do leito a 30-45°;
- **N** de Nutrição, de preferência entérica e contribuindo para prevenir a úlcera péptica;
- **T** de Tubos: evitar entubar (ventilação não-invasiva, se possível), extubar e retirar outros tubos e acessos o mais cedo possível;
- **E** de Educação: formação e envolvimento dos profissionais de saúde através de um programa de controlo de infecção hospitalar. (FROES, et al., 2007)

Com base nestas referências e reconhecendo a importância das actividades desenvolvidas na prática diária do enfermeiro, faz todo o sentido aplicar este conjunto de medidas ao Serviço de Urgência. Comecei por elaborar um questionário (anexo I) baseado em 5 principais conceitos:

posicionamento, alimentação, aspiração de secreções, higiene oral e manuseamento do circuito ventilatório. A elaboração deste questionário teve por base a leitura seleccionada de vários artigos: “ Documento de Consenso sobre Pneumonia Nosocomial” da Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2007), “ Early enteral nutrition reduces mortality in the critically ill – administration in 24h is thought to be key” de DOING GS, et al (2010), “Higiene da cavidade oral – implicações e procedimentos” de GOMES (2010), “Hing Impact Intervention Nº5 – Care Bundle for ventilated patients (or tracheostomy where appropriate)” de NHS (2007) e “Endotracheal suction of the adult intubated patient – what is the evidence?” de PEDERSEN (2009). Tendo sido seleccionadas as variáveis que estão implicadas na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A escolha deste instrumento de colheita de dados prende-se com o facto de ser um instrumento de fácil aplicabilidade, pelo tipo de questões fechadas e de simples interpretação dos resultados atendendo ao limite de 180h de estágio.

Desenvolver este projecto dentro do Serviço onde exerço funções há catorze anos, foi para mim um momento de inquietação, pois não sabia qual iria ser a receptividade da equipa ao preenchimento de mais um questionário. Foi elaborada carta ao Conselho de Administração a solicitar autorização para aplicação do questionário aos enfermeiros do Serviço de Urgência.

Dos questionários aplicados 74% foram preenchidos, valor representativo de 69 enfermeiros num Universo de 93. Da interpretação dos resultados salienta-se, que 29% dos enfermeiros desconhecem as recomendações para prevenção da PAV.

A fonte das apresentações gráficas são da base de dados de interpretação do questionário aplicado aos enfermeiros da UCIR e o valor nulo de cada gráfico é representativo do número de sujeitos que não responderam à questão.

Questão 1 - Encontra-se familiarizada com as recomendações para prevenir a PAV

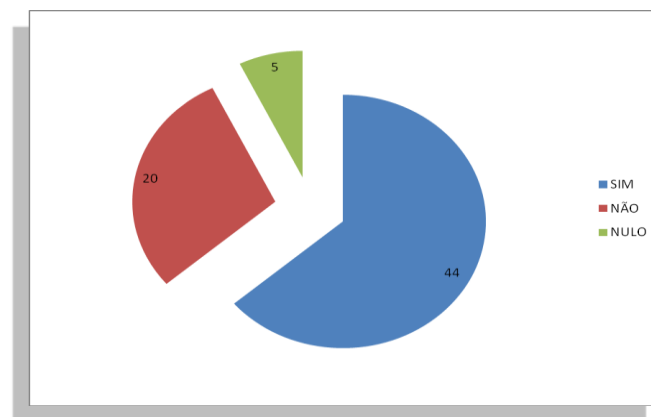


Gráfico 1 - Distribuição dos sujeitos de acordo com a Questão 1

Das intervenções estudadas: posicionamento, alimentação, higiene oral, aspiração de secreções e manuseamento do circuito ventilatório distinguem-se as seguintes respostas:



• Posicionamento

Q2A4 - O posicionamento é factor de risco

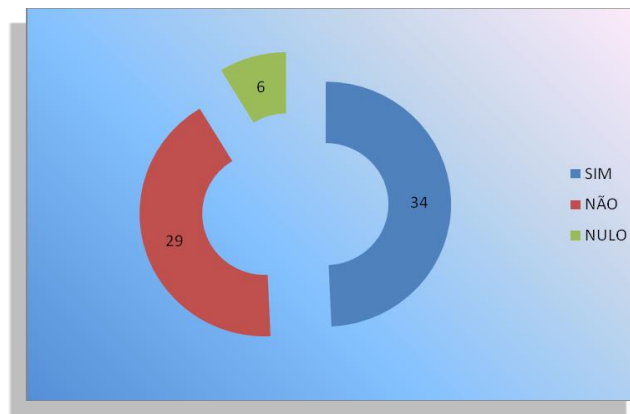


Gráfico 2 - Distribuição dos sujeitos de acordo com a Questão 2 alínea A4

No posicionamento, 49% enfermeiros consideram o posicionamento um factor de risco, 42% não valorizam o posicionamento como factor de risco no desenvolvimento da PAV. As recomendações da NHS e da Sociedade Portuguesa de Pneumologia e Cuidados Intensivos consideram a elevação da cabeceira 30-45° factor importante na prevenção da PAV na medida em que reduz o risco de micro aspirações.



• Alimentação

Q2B5 - Alimentação entérica continua

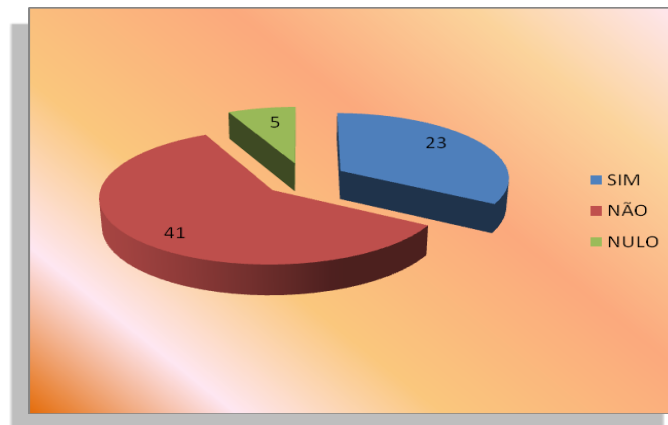


Gráfico 3 - Distribuição dos sujeitos de acordo com Questão 2 alínea B1

Na alimentação, 59% dos enfermeiros considera que a alimentação entérica não deverá ser contínua. A alimentação entérica contínua deve ser iniciada nas 24h após a admissão do paciente na UCI, reduz o risco de desenvolvimento de pneumonia e disfunção multiorgânica. (DOING GS, 2010).



• Higiene Oral

Q2C4 - Higiene oral é factor de risco

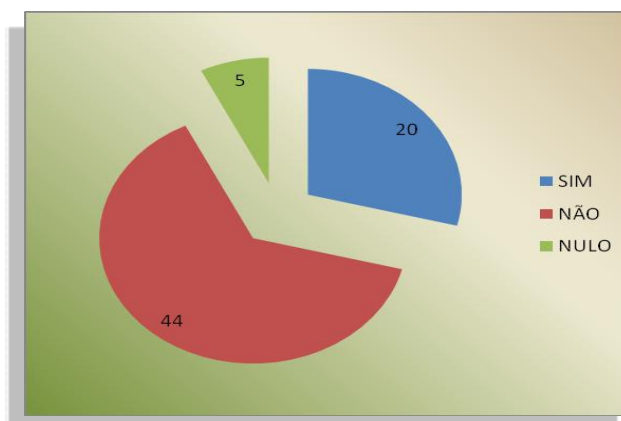


Gráfico 4 - Distribuição dos sujeitos de acordo com Questão 2 alínea C4

Na higiene oral, 63% dos enfermeiros não considera a higiene oral factor de risco para desenvolvimento da PAV. A flora oral coloniza facilmente e as secreções contêm bactérias gram negativas, responsáveis pelo desenvolvimento de pneumonia. (GOMES, 2010)



• Aspiração de Secreções

Q2D3 - Utilização de soro fisiológico para fluidificar secreções

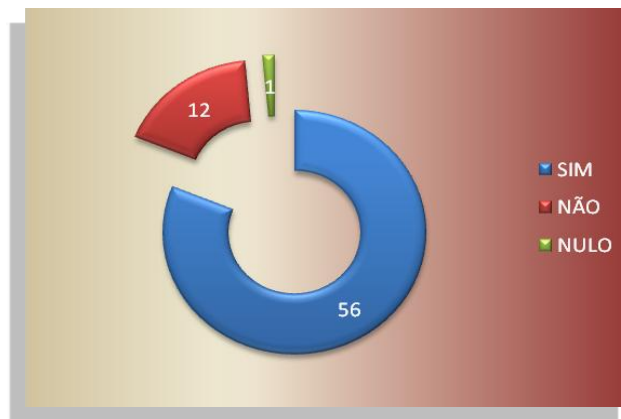


Gráfico 5 - Distribuição dos sujeitos de acordo com Questão 2 alínea D3

Na aspiração de secreções, 81% dos enfermeiros considera a utilização do soro fisiológico para fluidificar as secreções. A utilização de soro fisiológico por rotina antes da aspiração endotraqueal não é recomendada, promove a deslocação de bactérias existentes no biofilme do tubo endotraqueal, aumentando o risco de infecções. (PEDERSON, et al., 2009)



• Manuseamento do circuito ventilatório

Q2E4 - Substituir a cada 24h

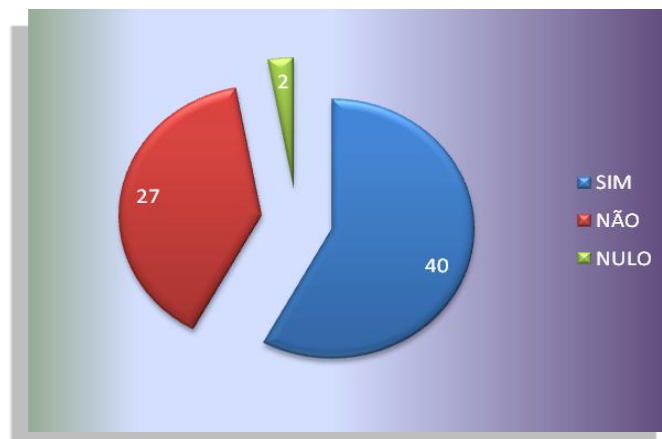


Gráfico 6 - Distribuição dos sujeitos de acordo com Questão 2 alínea E4

No manuseamento do circuito ventilatório, 58% considera que o circuito deve ser substituído a cada 24h. O circuito deve ser substituído quando visivelmente sujo ou com defeito mecânico. (NHS, 2007)

As questões apresentadas foram as que levantaram mais discussão. A temática suscitou interesse e inquietude, sendo promotora de momentos de reflexão sobre a prática. A apresentação dos dados do questionário foi efectuada de forma estratégica, visando a importância das intervenções de enfermagem na prevenção da PAV. As sessões (Anexo II) foram realizadas a meio da manhã dividindo a equipa em dois grupos por sugestão da enfermeira-chefe e cada sessão, teve uma duração de 15 minutos. Com o objectivo de promover reflexão sobre a prática diária respeitante a cada intervenção de enfermagem (posicionamento, alimentação, higiene oral, aspiração de secreções e manuseamento do circuito ventilatório). Com este projecto foi criado grupo de trabalho para a elaboração de procedimento sectorial para a prevenção da PAV, criação das respectivas instruções de trabalho para cada intervenção de enfermagem, com consequente elaboração de indicadores de qualidade em enfermagem para o Serviço.

As sessões foram avaliadas através de documento com questão aberta, onde se pretendia conhecer a opinião sobre a importância do tema para o Serviço e para a Enfermagem.

O objectivo das sessões “contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados na prevenção da PAV” foi atingido, pois as mesmas promoveram reflexão sobre a prática. Assim sendo, enuncio algumas respostas da avaliação das sessões:

- “... veio alargar os meus conhecimentos e esclarecer dúvidas...”;
- “...evidencia a necessidade de uma actualização constante para uma boa prática...”;
- “... actualização dos conhecimentos e melhoria da qualidade dos cuidados...”;

- “...um momento de reflexão sobre como fazer formação...necessidade de haver momentos semelhantes...”.

Percebi que a formação é uma das formas de divulgação, sensibilização e mudança, indo ao encontro de pessoas que estão motivadas. *“A formação em contexto clínico faculta o desenvolvimento de competências clínicas (gerais e especializadas), integração da teoria prática, criação de disposições para a investigação, socialização profissional e formação da identidade profissional, através da sucessão de experiências socioclínicas e identificação de “modelos” profissionais”.* (ABREU, 2007 p. 13).

No decorrer deste ensino clínico tive a oportunidade de participar em alguns eventos:

- 04 de Maio 2010 - Conferência sobre a campanha das mãos, no auditório do HSAC, Presença da Sra. Enf^a Elena Noriega representante da DGS, Dr. Eduardo Silva Director clínico do CHLC, Sra. Enfermeira directora Ana Soares. Foram apresentados os Hospitais a nível Nacional que participaram nesta campanha e os respectivos resultados do ano 2009 e as várias equipas de CCIH do Centro Hospitalar, apresentaram os dados internos dos Serviços e Unidades participantes.
- 27 de Maio 2010 - Curso Via Aérea Difícil para enfermeiros promovido pela Associação para o Estudo da Via Aérea de Santarém (AEVAS). A oportunidade de participação neste Curso de formação decorreu durante o período teórico desde Curso de Mestrado. Embora tenha decorrido durante este ensino clínico, não posso deixar de lhe fazer referência dada a sua importância no desenvolvimento e aquisição de competências nesta área. Foi uma mais-valia no conhecimento de dispositivos disponíveis, como utilizá-los e ainda pequenas técnicas que facilitam a abordagem da via aérea difícil. A apresentação da disposição do carro de material de via aérea difícil foi uma partilha importante para posterior aplicabilidade no Serviço.
- 14 de Junho 2010 – Conferência Dispositivos médicos organizado pela Infarmed no Salão Nobre do Hospital de São José. Aqui foram reforçadas algumas terminologias e codificação dos dispositivos de acordo com a sua categorização.

1.1.2 – Competências adquiridas e desenvolvidas

No decorrer deste ensino clínico pude compreender a importância da CCIH e dos elementos dinamizadores dos Serviços para aplicação das orientações relativas ao controlo de infecção.

Este é transversal às diversas áreas da prestação dos cuidados, tornando-se imprescindível na formação contínua das várias classes profissionais.

Na colaboração com o enfermeiro orientador nas actividades diárias da equipa foi demonstrada capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar.

A aplicabilidade do tema ao Serviço de Urgência justificou-se pelo exercício de funções nesse Serviço e conhecimento de toda a sua dinâmica funcional. Contudo, este conhecimento foi facilitador na medida que me permitiu desenvolver uma observação mais crítica sobre a realidade envolvente, de modo a detectar situações passíveis de mudança como na área de Prevenção da PAV, o que vai ao encontro dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, dado que “ a qualidade exige reflexão sobre a prática, para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para reflectir nos cuidados prestados”. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001 p.15)

O processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional decorreu de forma contínua e autónoma no círculo de interesse pela temática sobre Prevenção da Pneumonia associada à ventilação, demonstrando consciência crítica para os problemas de prática profissional na área de especialização médico-cirúrgica, aquando de conversas informais com enfermeiro orientador e restantes enfermeiros. Momentos estes provedores de reflexão sobre as práticas de enfermagem.

Na validação dos conhecimentos e situação problema foi tomada a iniciativa de aplicação de questionário aos enfermeiros sobre prevenção da PAV. O planeamento e estruturação das sessões de formação foram traçados de forma criativa, com a adequada organização do tempo. O discurso pessoal foi fundamentado demonstrando um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização. As intervenções de enfermagem apresentadas para a prevenção da PAV (posicionamento, higiene oral, aspiração de secreções, manuseamento do circuito ventilatório, alimentação) promoveram a investigação em Serviço na área de especialização.

A aplicação do questionário sobre prevenção da PAV e consequente tratamento de dados promoveram o desenvolvimento de competências na área da Investigação.

De acordo com o Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista artigo 2º âmbito e finalidade alínea 4, da Ordem dos Enfermeiros (2010), a certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção. E como defende ABREU (2007) o propósito da aprendizagem clínica é “facultar aos formandos uma oportunidade para crescer e desenvolver-se como pessoa e profissional de saúde com consequente desenvolvimento de competências (gerais e especializadas) ”.

1.2 – MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS

Este módulo decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR) do Hospital Santa Maria (HSM), no período de 27 de Setembro a 17 de Novembro de 2010, num total de 180 horas.

A escolha deste campo de estágio premeia por ser um Hospital Universitário, um Centro Hospitalar de referência do país e a UCIR uma Unidade com especificidade em doenças respiratórias com especial valência em VNI, sendo todos estes factores promotores no desenvolvimento de competências na área da especialidade médico-cirúrgica.

A UCIR está englobada no departamento de pneumologia. A equipa é constituída por um chefe de Serviço, quatro assistentes hospitalares, uma enfermeira-chefe, uma enfermeira coordenadora da Unidade, um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, vinte e três enfermeiros em horário rotativo, dez assistentes operacionais e um assistente técnico. (Relatório UCIR 2009)

Segundo o mesmo relatório o Serviço tem três principais missões:

Área Assistencial – Prestação de cuidados de saúde nas áreas da prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das doenças do foro respiratório, quer em ambulatório, quer em regime de internamento;

Área do Ensino - Pré graduado (3º e 4º Anos da Faculdade de Medicina de Lisboa) e pós-graduado de vários grupos profissionais da saúde – médicos, enfermeiros, técnicos, etc... – abrangendo alunos da Faculdade de Medicina de Lisboa, Escolas Superiores de Enfermagem, de Tecnologias de Saúde, Psicologia, entre outras, a par de Cursos de pós-graduação, com relevo no que se refere aos Internatos Médicos. Salienta-se a preparação do «**44º Curso de Pneumologia para Pós-Graduados**», que é o mais antigo do país que mantém a sua actividade anual. Alguns dos seus elementos têm colaborado em aulas de Mestrado, em outros Cursos de Pós-Graduação e em acções implementadas pelo Centro de Formação multiprofissional do HSM.

Área de Investigação - Sobretudo nas áreas clínicas, sendo sede de um Centro da Fundação para a Ciência e Tecnologia, desde 1972 – O Centro de Estudos de Doenças Pulmonares

(CNL3). Os trabalhos nele desenvolvidos e publicados atingem as várias centenas. A alguns foram atribuídos prémios científicos.

Presentemente estão em curso os projectos:

- Bases imunológicas do aumento de risco cardiovascular nas doenças do sono.
- Estudo do impacto da altitude das viagens aéreas em doentes com patologia respiratória em três diferentes condições fisiológicas: repouso, esforço e sono. (Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2010)

Durante o ano de 2009 foram internados na UCIR 222 doentes. Estiveram submetidos a ventilação mecânica 148 doentes (68,7%), em 60 destes (40,6%) foi utilizada ventilação não invasiva (VNI) como único suporte ventilatório. Em 88 doentes (59,5% do total de doentes ventilados) foi utilizada VNI, destes 30 doentes (34,1%) passaram também por um período de VNI antes ou após a ventilação invasiva. (Relatório UCIR 2009).

1.2.1 – Objectivos e actividades desenvolvidas

Este estágio teve início em instalações provisórias, em virtude de a UCIR se encontrar em período de remodelação da sua estrutura física. A mudança para a Unidade remodelada ocorreu na segunda semana de estágio, com a abertura em simultâneo da nova Unidade de VNI. O Serviço dispõe de oito unidades de internamento para doentes em Cuidados Intensivos e seis em cuidados Intermédios, esta última mais vocacionada para os doentes submetidos a VNI. A área de cuidados intensivos é distribuída por três salas, uma sala com quatro doentes e duas com dois doentes, a Unidade de VNI - cuidados intermédios é dividida por duas salas com três doentes cada. O número de enfermeiros por turno é de cinco elementos incluindo o chefe de equipa, sendo o rácio enfermeiro/doente nos cuidados intensivos de um enfermeiro para cada dois doentes e nos cuidados intermédios um enfermeiro para cada seis doentes. Nos turnos da manhã a equipa é reforçada com um enfermeiro especialista em reabilitação e um enfermeiro graduado de apoio à gestão do Serviço.

A integração na equipa foi bem sucedida, de forma progressiva com enquadramento na dinâmica da unidade de cuidados intensivos. No primeiro dia foi feita visita de guiada ao espaço físico do Serviço pela enfermeira orientadora seguida de em reunião informal onde foi realizada breve descrição das actividades pré-programadas da Unidade nos diferentes turnos e conhecimento da estrutura do processo clínico do doente, registos realizados em suporte de papel.

O conhecimento de toda a dinâmica da equipa na prestação de cuidados ao doente de médio e alto risco, implicou uma consolidação de conhecimentos teóricos, pesquisa e leitura de artigos seleccionados sobre: VNI em doentes com doença neuromuscular (correspondendo a 66,7% das patologias submetidas a VNI), alimentação entérica em doentes com insuficiência renal aguda, e Hemodiafiltração venovenosa contínua em doentes com instabilidade hemodinâmica.

Para a realização deste estágio e tendo por base o desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na Unidade de cuidados intensivos, delineei como objectivos específicos os seguintes:

Objectivo específico 1

- Conhecer a dinâmica funcional da UCIR

Objectivo específico 2

- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao doente crítico no âmbito da ventilação mecânica invasiva

Objectivo específico 3

- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao doente de médio e alto risco submetido a ventilação não invasiva

Objectivo específico 4

- Contribuir para a continuidade da melhoria e da segurança na qualidade dos cuidados na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV).

A integração e colaboração no trabalho diário da equipa foi facilitada e aceite dada a minha experiência profissional no Serviço de Urgência. Poder integrar o trabalho desta equipa contribuiu para o desenvolvimento e aquisição de competência na prestação de cuidados ao doente em situação crítica, complementando os conhecimentos nas áreas da ventilação invasiva e não invasiva.

A partilha de conhecimentos e experiências com a equipa sobre os cuidados ao doente em situação crítica promoveram constantes momentos de reflexão sobre a prática. Estar em simultâneo com colega da especialidade em reabilitação neste ensino clínico foi muito

construtivo na partilha de saberes e de cuidados a prestar, permitindo-me reflectir e ter uma visão mais detalhada sobre os cuidados especializados.

Na Unidade de cuidados intensivos a estabilidade hemodinâmica é avaliada ao minuto. As observações, os registos pormenorizados, a avaliação contínua e a sistematização dos dados de forma a prever e a detectar precocemente as complicações promoveram o desenvolvimento de competências na área de especialização médico-cirúrgica. De acordo com (RATTON, 2005), as Unidades de Cuidados Intensivos encontram-se vocacionadas para a prestação de cuidados a utentes em estado grave, cuja situação de falência orgânica grave obriga à necessidade de monitorização invasiva para identificação precoce e tratamento de intercorrências clínicas graves. Esta vigilância contínua é muito valorizada, na medida que permite uma actuação precoce na prevenção das complicações, como referido nos padrões de qualidade “Após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados”. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001 p.10)

Durante este estágio considerei alguns casos clínicos como determinantes no meu desenvolvimento de competências na área de especialidade; VNI no doente com patologia neuromuscular, VNI no doente em cuidados paliativos, VNI no desmame ventilatório, VNI no doente com DPOC, Alimentação entérica contínua no doente com insuficiência renal aguda, hemodiafiltração venovenosa contínua no doente crítico.

Ao traçar o objectivo de desenvolver competências na prestação de cuidados ao doente crítico no âmbito da ventilação mecânica invasiva utilizei como estratégias a selecção e leitura de artigos actualizados sobre VMI, dando especial atenção aos assuntos relacionados com os tipos de VMI, patologias relacionadas com a VMI e desmame ventilatório.

O facto de possuir conhecimentos técnicos na área da VMI, fruto do exercício profissional no Serviço de Urgência, permitiu-me mobilizar, gerir e interpretar de forma adequada, a informação da minha experiência profissional e direccionar a aquisição de competências na área onde me encontrava menos segura. Como exemplos de competências específicas que pretendi desenvolver posso enunciar, identificar os tipos de modalidade ventilatória e parâmetros a registar, utilização de circuitos de aspiração fechados e desmame ventilatório.

A VMI tem como objectivo dar resposta a uma necessidade humana básica: Respirar. Contudo esta definição simplista não pode descurar a importância de manter as trocas gasosas alveolares adequadas e evitar os efeitos deletérios da pressão positiva e da distensão alveolar excessiva. Como reforça DAVID (2001) na ventilação por pressão positiva é importante monitorizar a mecânica ventilatória, a troca gasosa pulmonar e as repercussões cardiovasculares. O conhecimento dos mecanismos fisiológicos permite diagnosticar,

acompanhar a evolução e as repercussões dos métodos terapêuticos adequando o suporte ventilatório às necessidades do paciente e deste modo evitar complicações.

As modalidades ventilatórias mais observadas nos doentes da Unidade durante o ensino clínico foram: o volume controlado com regulação da pressão (PRVC), a pressão assistida (PA) e volume controlado (VC).

No decorrer do estágio tive a oportunidade de testar, preparar os diversos tipos de ventilador da Unidade, nomeadamente o ventilador de transporte. A pesquisa bibliográfica coadjuvada com o conhecimento e apoio prestado pela enfermeira orientadora permitiram-me entender as diferenças entre as várias modalidades ventilatórias e interpretar os vários parâmetros inerentes a cada uma das modalidades, incluindo as representações gráficas da onda de ventilação.

Outro dos objectivos traçados foi de desenvolver competências na prestação de cuidados ao doente de médio e alto risco submetido a ventilação não invasiva. Ao traçar este objectivo pretendo desenvolver competências que me permitam mobilizar para o meu contexto de trabalho saberes que contribuam e consequentemente facultem a formação de outros enfermeiros, contribuindo desta forma para uma prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

A minha participação e colaboração na abertura da nova Unidade de VNI na UCIR contribuiu seguramente para a aquisição das competências acima referidas dada a diversidade de equipamento, o manuseamento das várias interfaces, a verificação dos ventiladores antes da utilização e as modalidades de VNI.

O Suporte ventilatório não invasivo é um método cada vez mais utilizado no paciente com insuficiência respiratória aguda ou crónica. A ventilação não invasiva é um método com bons resultados em paciente seleccionados, como em portadores de DPOC, e reduz a necessidade de intubação traqueal, o tempo de internamento e a mortalidade hospitalar. (DAVID, 2001).

Na UCIR, de acordo com o relatório de 2009, foram submetidos exclusivamente a ventilação não invasiva: 66,7% utentes com doença neuromuscular/esquelética, 35,5% com doença cardiovascular, 23,8% com doença neoplásica, 39,1% com DPOC, 27,8% com outras doenças respiratórias crónicas, 38,5% com pneumonia, 45,5% outros casos.

A minimização das complicações associadas à VNI foi, também, para mim uma preocupação. Neste sentido tive a oportunidade de desenvolver competências relativas a algumas medidas preventivas como: protecção da pirâmide nasal com placa hidrocolóide, mudança de interface para alívio dos pontos de pressão (utilização de máscara total durante a noite).

Os conhecimentos e competências adquiridas no ensino clínico anterior, desenvolvido na área da prevenção e controlo de infecção foram ponto forte na melhoria da prestação de cuidados de qualidade durante este módulo. Tive a oportunidade de prosperar nos doentes submetidos a VMI as intervenções de enfermagem promotoras da prevenção da PAV, com aprofundamento teórico anterior no que respeita ao posicionamento, higiene oral, aspiração de secreções, alimentação e manuseamento do circuito ventilatório. De acordo com o relatório da UCIR de 2009 dos 222 doentes admitidos, 98% dos doentes ventilados tinham o diagnóstico de pneumonia. Segundo a mesma fonte esta patologia corresponde a uma taxa de 55,8% da mortalidade para o Serviço, o que consolida a minha preocupação na implementação destas medidas preventivas.

Após reunião informal com as enfermeiras, dinamizadora do controlo de infecção da Unidade, responsável pela formação em serviço e enfermeira orientadora, a área da prevenção da PAV era uma prioridade para o Serviço, o que complementa a importância do meu quarto objectivo para este ensino clínico, que foi “contribuir para a continuidade da melhoria e da segurança na qualidade dos cuidados na prevenção da pneumonia associada à ventilação”. Nesta mesma reunião foi apresentado questionário elaborado, testado e validado com os enfermeiros do Serviço de Urgência durante o estágio anterior da CCIH.

Assim, no sentido de compreender as necessidades de intervenção na equipa foi aplicado questionário aos enfermeiros (Anexo III). A escolha deste instrumento premeia por ser de fácil aplicabilidade, dada a sua construção por questões fechadas e curta duração no preenchimento e ser um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis, com fácil interpretação dos resultados, o que permitiu a apresentação dos resultados do questionário aos profissionais ainda no período de estágio. A sua aplicação teve início após autorização da Enfermeira chefe.

As sessões de formação para apresentação dos resultados dos questionários foram agendadas antecipadamente com a enfermeira responsável pela área da formação dos enfermeiros da Unidade. As sessões decorreram em sala própria dentro do Serviço, uma por equipa, num total de cinco sessões, para melhor envolvimento dos profissionais.

Dos questionários aplicados foram preenchidos 91% representando 21 de um total de 23 enfermeiros da Unidade, ficando por preencher três dos questionários por se encontrarem dois enfermeiros em período de férias e um de licença de maternidade.

Da interpretação dos dados salienta-se, que 81% dos enfermeiros participantes no estudo se consideram familiarizados com as recomendações para prevenção da PAV. De seguida apresentarei os resultados mais relevantes dessa colheita de dados. De referir que a fonte das apresentações gráficas são da base de dados de interpretação do questionário aplicado aos

enfermeiros da UCIR e o valor nulo de cada gráfico é representativo do número de sujeitos que não responderam à questão.

Questão 1 - Encontra-se familiarizada com as recomendações para prevenir a PAV

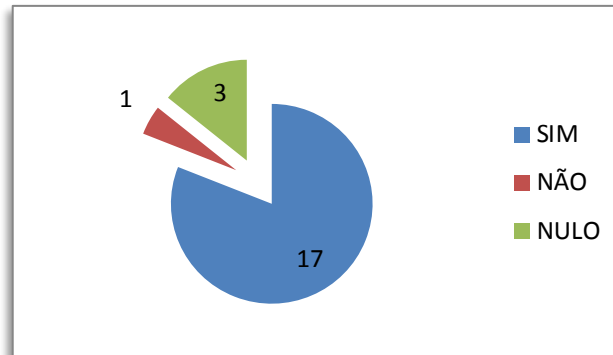
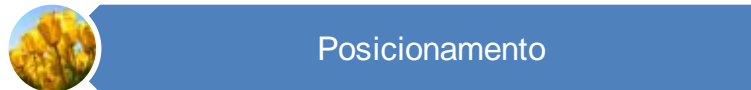


Gráfico 7 – Distribuição dos sujeitos de acordo com Questão 1

Das intervenções estudadas: posicionamento, alimentação, higiene oral, aspiração de secreções e manuseamento do circuito ventilatório distinguem-se as seguintes respostas:



Q2A4 - O posicionamento é factor de risco

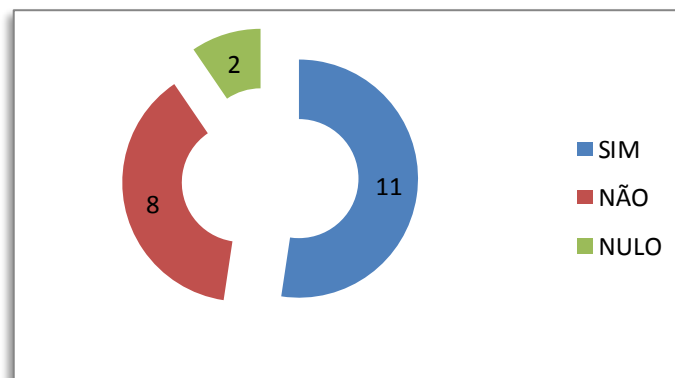


Gráfico 8 - Distribuição dos sujeitos de acordo com Questão 2 alínea A4

O posicionamento é considerado factor de risco para desenvolvimento da PAV por 52% dos enfermeiros, em contraste com 38% dos intervenientes no estudo que não consideram o

posicionamento factor de risco para desenvolvimento de pneumonia. Em conformidade com o documento de consenso sobre pneumonia nosocomial da Sociedade Portuguesa de Pneumologia e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos de 2007, uma das estratégias de prevenção é preferir a posição de semi-sentado com a cabeça elevada a 30-40°.



Alimentação

Q2B5 - Alimentação entérica contínua

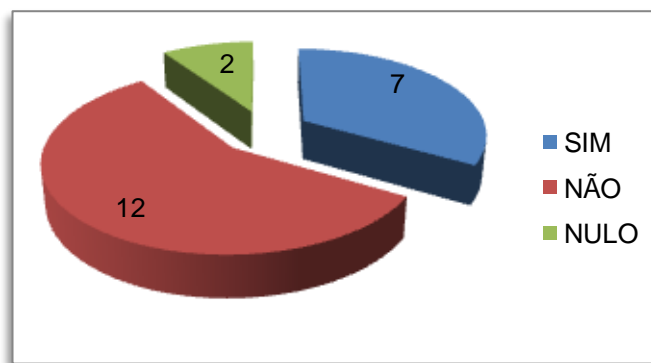


Gráfico 9 - Distribuição dos sujeitos de acordo com Questão 2 alínea B5

Na importância atribuída à alimentação, 57% dos enfermeiros não considera a alimentação entérica contínua como uma intervenção para prevenção da PAV. Um aspecto importante do suporte nutricional actual no doente crítico é a utilização precoce da nutrição entérica na preservação da “função barreira intestinal”, pois a sua atrofia associa-se à translocação bacteriana e de endotoxinas, as quais podem actuar como factores desencadeantes da resposta hipermetabólica e induzir a fenómenos sépticos capazes de provocar falência multiorgânica. (FERNANDES, 2000)

Segundo a mesma fonte, constituem objectivos actuais do suporte nutricional no doente crítico os seguintes:

- Aumento da síntese proteica
- Diminuição da degradação proteica
- Manutenção da integridade da barreira intestinal (evitar a translocação bacteriana)
- Melhoria da resposta imune

Trabalhos recentes, evidenciaram contudo, que a prescrição precoce de uma dieta polimérica¹ entérica completa pode se justificar plenamente em doentes com função gastrointestinal normal, desde que se infunda de forma contínua ao longo de 24 horas por via nasogástrica.



Higiene Oral

Q2C4 - Higiene oral é factor de risco

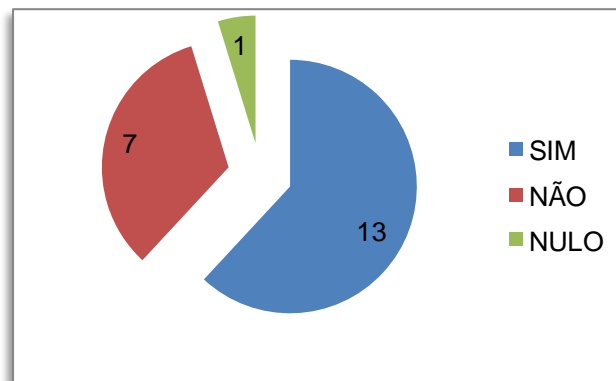


Gráfico 10 - Distribuição dos sujeitos de acordo com Questão 2 alínea C4

A higiene oral é considerada como factor preventivo da PAV por 61% dos enfermeiros, em oposição a 33% que não o considera. A flora oral coloniza facilmente e as secreções contêm bactérias *gram negativas*, responsáveis pelo desenvolvimento de pneumonia. (GOMES, 2010) A descontaminação da orofaringe reduz a incidência de Pneumonia, evidência de estudo efectuado por Christianne A. Van Nieuwenhoven 37 tal. 2004 em doentes ventilados.



Aspiração de secreções

Q2D3 – Utilização de soro fisiológico para fluidificar secreções

¹ São dietas em que os macronutrientes (proteínas, carboidratos e lipídios), em especial a proteína apresentam-se na sua forma intacta (polímeros).

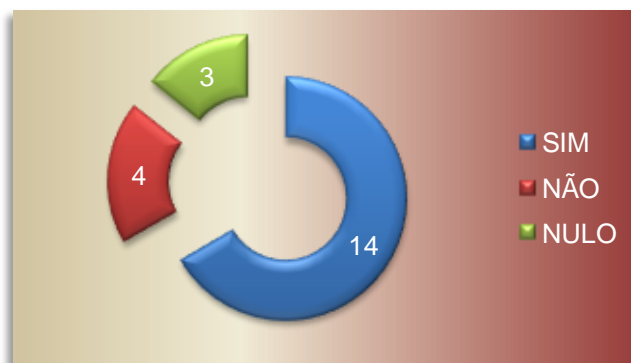


Gráfico 11 – Distribuição dos sujeitos de acordo com Questão 2 alínea D3

Na aspiração de secreções 66% da população inquirida refere utilizar soro fisiológico para fluidificar as secreções. A aspiração de secreções não deve ser efectuada de forma rotineira, o enfermeiro deverá saber identificar as necessidades de aspiração, através da auscultação, presença de secreções no tubo traqueal e pela visualização da onda de ventilação apresentada sobre a forma de serra. Com base em estudos clínicos a instilação de soro fisiológico por rotina antes da aspiração endotraqueal não é recomendado por aumentar o risco de infecções. (PEDERSEN, et al., 2009)



Manuseamento do circuito ventilatório

Q2E4 - Substituir a cada 24h

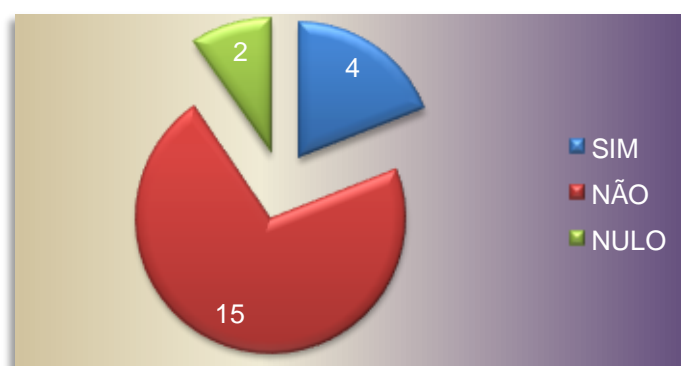


Gráfico 12 - Distribuição dos sujeitos de acordo com Questão 2 alínea E4

No manuseamento do circuito ventilatório 71% dos enfermeiros considera que não se deve substituir o circuito a cada 24h. Efectivamente de acordo com a *Care Bundles* para prevenção da PAV a NHS 2007, o circuito deverá ser substituído só quando estiver danificado ou com defeito mecânico.

Após tratamento dos dados pode-se concluir que os enfermeiros apesar de estarem familiarizados com as recomendações para prevenção da PAV existe um conjunto de intervenções a melhorar de forma a promover uma melhoria de qualidade nos cuidados. Como estratégia foram apresentados os dados, de forma a lhes dar uma perspectiva global da actuação da equipa e esclarecer quem não sabia sobre a fundamentação dos cuidados para prevenir a PAV.

As sessões de apresentação dos dados do questionário e de sensibilização para prevenção da PAV (ANEXO IV) foram programadas e anunciadas no plano de formação da UCIR, decorreram em sala própria dentro da Unidade com uma duração de 15 minutos, tiveram como objectivo uma reflexão sobre a prática diária para prevenção da PAV nas principais intervenções como o posicionamento, higiene oral, alimentação, aspiração de secreções e o manuseamento do circuito ventilatório. As sessões foram avaliadas através de questão aberta onde se pretendia conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a importância do tema para o Serviço e para a Enfermagem. No final das sessões os enfermeiros manifestaram interesse em desenvolver o projecto na Unidade, com a organização de grupos de trabalho para elaboração de procedimento sectorial para prevenção da PAV, elaboração de instruções de trabalho relativas a cada intervenção de enfermagem na prevenção da PAV e ainda criar indicadores de qualidade em enfermagem para a Unidade. Como ponto de partida de desenvolvimento deste projecto deixei dossier organizado, com artigos seleccionados sobre prevenção da PAV, o questionário aplicado aos enfermeiros da Unidade e os slides das sessões formativas com os resultados obtidos nos questionários.

Foi uma experiência muito positiva, que contribuiu para o meu processo de ensino/aprendizagem actual e para um futuro próximo. Citando (ALARCÃO, 1996) “A reflexão sobre a prática emerge como uma estratégia possível para a aquisição do Saber profissional. Esta abordagem permite uma integração entre a teoria e a prática e desafia a reconsideração dos saberes científicos com vista a apresentação pedagógica.”

Considero que a área de controlo de infecção necessita de grande investimento por parte dos prestadores de cuidados. Enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, procurarei ter um papel essencial na orientação/formação dos pares no sentido da uniformização da linguagem e intervenções, assim como junto dos utentes a quem prestarei cuidados especializados.

1.2.2 – Competências adquiridas e desenvolvidas

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

A prestação de cuidados ao doente crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos permitiu-me o desenvolvimento de competências na avaliação e adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva profissional avançada. Cuidar deste tipo de doentes não era uma novidade, mas cuidar o doente crítico na UCI é uma continuidade dos cuidados prestados no Serviço de Urgência.

No acompanhamento do trabalho diário da equipa demonstrei capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar.

O controlo de infecção hospitalar por ser transversal às diversas áreas da prestação de cuidados tomei iniciativa e fui criativa na interpretação e apresentação do tema sobre Prevenção da PAV.

Com a elaboração, aplicação do questionário sobre prevenção da PAV e consequente tratamento dos dados desenvolvi competências na área da investigação.

Com a apresentação dos dados dos questionários aos profissionais, incorporei na prática os resultados da investigação válidos e relevantes na área de especialização médico-cirúrgica.

Promovi sessões formativas na área de especialização sobre prevenção da PAV foram promotoras de reflexão sobre a prática no que respeita às intervenções de enfermagem no: posicionamento, higiene oral, alimentação, aspiração de secreções e manuseamento do circuito ventilatório. Promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros do Serviço.

Ao terminar este módulo considero ter atingido de forma positiva os objectivos traçados no projecto de estágio. Fui capaz de mobilizar na prática, conhecimentos/competências adquiridas

anteriormente, para novos contextos de trabalho. Demonstre capacidade para emitir discurso fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara.

1.3 – MÓDULO I – URGÊNCIA (CREDITADO)

As organizações hospitalares são sistemas complexos compostos por diversos departamentos e profissões, tornando-as sobretudo uma organização de pessoas confrontadas com situações emocionalmente intensas, tais como a vida, doença e morte, as quais causam ansiedade e tensão física e mental. A urgência é o ponto de encontro entre mundos extremos que constituem uma clientela habitual. (PENEFF, 2004)

Está enraizada na população a ideia de que os Hospitais são a única forma de receber cuidados médicos, de uma forma rápida e adequada, nomeadamente a nível das Urgências onde o atendimento é contínuo. Esta situação aliada aos progressos médicos, ao envelhecimento da população, à falta de acessibilidade aos Centros de Saúde assim como às consultas médicas especializadas, contribuem para um aumento significativo da procura dos serviços de Urgência. A maioria dos utentes procura uma simples consulta, conforme referenciado por PENEFF (2004), verificando-se que só 15% das admissões são verdadeiras Urgências. Esta situação determina frequentemente o colapso da Urgência, com horas infinitas de espera, descontentamento e reclamações constantes dos utentes.

Ainda de acordo com PENNEF (2004) os serviços de urgências constituem o último elo do sistema, onde se repercutem todas as suas carências e disfunções existentes a montante. Decorre daqui a gravidade da situação Portuguesa. A excessiva procura dos serviços de urgência é um dos problemas graves destes serviços.

Apesar das constantes alterações do Sistema Nacional de Saúde não foram resolvidos os problemas de acessibilidade adequada das populações aos serviços de urgência, verificando-se frequentemente picos de ocorrência, que quase provocam o colapso das Urgências Centrais. Em conformidade com o relatório divulgado pela Direcção Geral de Saúde no ano 2003, as múltiplas intervenções feitas, nos últimos 20 anos, na organização e distribuição dos Serviços de Urgência não resolveram as múltiplas disfunções existentes e, actualmente, verificam-se mais de dez milhões de urgências por ano (11 174 959 em 1999). Para os Serviços de Saúde implica uma redução da eficiência, com maior dificuldade em dar respostas mais adequadas às necessidades reais da população.

Segundo o referido relatório mais de 11 milhões de episódios de urgência, cerca de 50%, não carecem de atendimento num serviço de urgência, provocando um impacto negativo na qualidade dos cuidados.

De acordo com CASTRO (2009) a “própria ida ao Serviço de Urgência pode, de forma latente, alimentar o medo da possibilidade de internamento, ser hospitalizado é muitas vezes sentido pelos doentes como uma das situações de stress da sua vida”. A admissão num hospital afasta a pessoa da sua família, parentes e amigos e coloca-a num ambiente desconhecido, frequentemente considerado pelos doentes como clínico, impessoal e frio, citando COLLIÈRE (1989) *“Os doentes perdem tudo aquilo em que se baseia, habitualmente a sua identidade: todos os seus estatutos sociais, conferidos pelo estado civil, profissão, pela sua pertença a diferentes grupos, para assumir a identidade da doença que invade todo o seu campo espacial, temporal e relacional...”*.

O processo de contacto com a doença é determinado em função de variáveis individuais distintas, logo os indivíduos reagem de forma única neste mesmo processo. A forma como o indivíduo reconhece e gere a sua situação de doença como acontecimento de vida, encontra-se relacionada com diversos factores, como as diferenças culturais, situacionais, stress ou o humor do indivíduo. No processo de adoecer físico, o corpo passa a ter um papel central no mapa mental de cada doente, em que as reacções mais comuns dos doentes à doença são a angústia e a ansiedade.

Na relação que o doente estabelece com o médico ou com outros técnicos de saúde, estão implícitos universos com diferentes significados quanto às representações da patologia. Nesta discrepância de representações, facilmente se introduzem dificuldades de comunicação na relação técnico/doente. Para o médico/técnico de saúde o raciocínio é predominantemente intelectual e racional, baseado em factores e conceitos objectivos, enquanto que o doente não pensa com a racionalidade do técnico, mas com a sua, a de sujeito singular e de uma forma predominantemente emocional. Para o indivíduo, a doença traduz-se em queixas ou num “problema vivido” a partir do interior do seu corpo.

Cuidar em urgência e emergência ultrapassa a relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa. O enfermeiro tem que estar dotado de competências/saberes de forma a agir adequada e eficazmente.

1.3.1 - Serviço de Urgência

O Serviço de Urgência Polivalente do CHLC, EPE é desde há catorze anos o meu local de trabalho. Hospital Central de referência do país, que abrange como já foi referido na introdução, nove centros de saúde da cidade de Lisboa num total de 36 freguesias (233 120 habitantes), vinte hospitais distritais (829 072 habitantes), dados estes fornecidos pelo INE

censos 2001 e ainda com uma média de atendimento diária de 550 doentes no último trimestre de 2010 em conformidade com a base de dados do SONHO.

Esta Unidade possui ainda capacidade de resposta à Emergência pré-hospitalar (VMER) desde 02 de Janeiro de 2008, equipa que integro desde essa data.

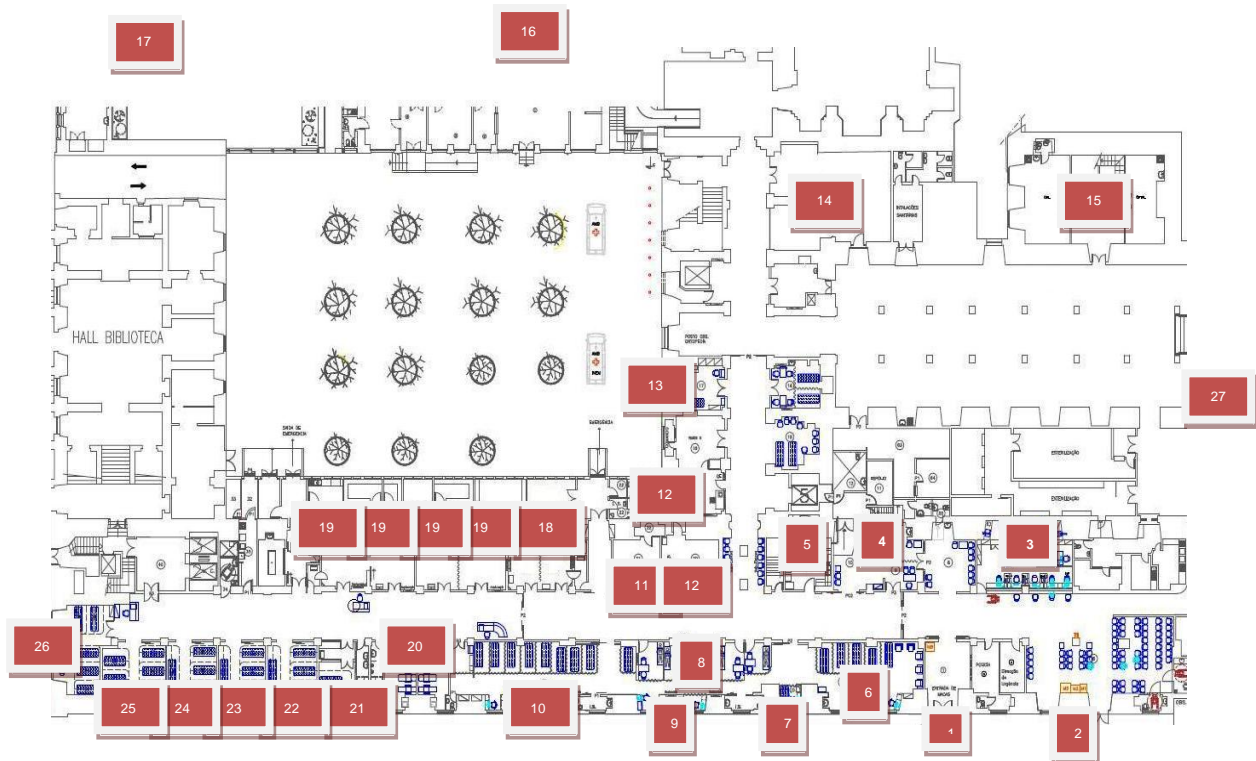


Figura 2 – Disposição Serviço Urgência

Legenda:

- | | |
|---|---|
| 1. Entrada Serviço Urgência | 13. Balcão Ortopedia |
| 2. Sala espera doentes verdes/azuis | 14. Ressonância |
| 3. Balcão de admissão e Serviço Informativo | 15. Balcão Otorrino e Oftalmologia |
| 4. Triagem | 16. TAC |
| 5. Copa | 17. Angiografia |
| 6. Balcão de atendimento Verdes/Azuis | 18. Balcão Pequena Cirurgia |
| 7. Cardiopneumologia | 19. Salas de Emergência (4) |
| 8. Gabinetes de atendimento (5) | 20. Salas de pausa equipas médicas e enfermagem |
| 9. Análises | 21. Sala de Isolamento |
| 10. Area de atendimento Laranja/Amarelo | 22. 23. 24. 25. 26. Salas de Observação (SO) |
| 11. Sala espera Amarelos | 27. Serviço Social Urgência |
| 12. Sala Rx Urgência | |

A equipa do Serviço de Urgência é uma equipa multidisciplinar, composta por diversos profissionais, na qual os profissionais de enfermagem se destacam pela perspectiva integradora e global da prática dos cuidados, onde o utente e a sua família/pessoa significativa são encarados como parceiros. Esta perspectiva de enfermagem vai ao encontro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, quando enuncia que *“a relação terapêutica estabelecida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida entre o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel (...) tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001 p. 8)

1.3.2 - Competências adquiridas e desenvolvidas

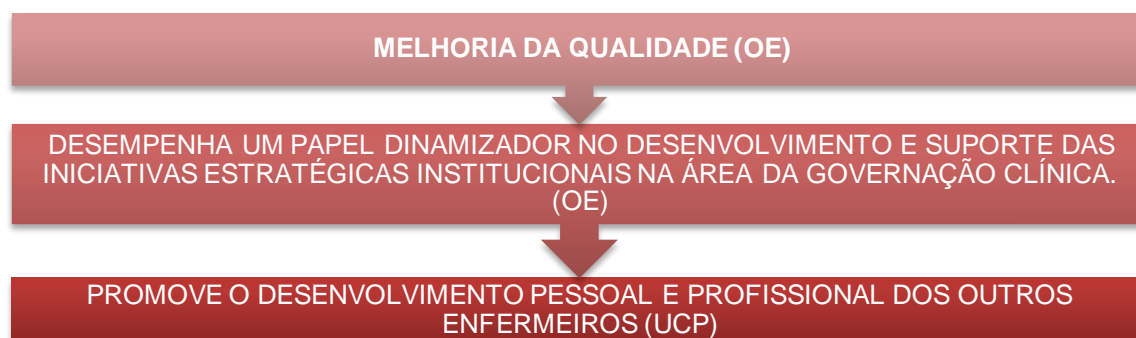
A prestação de cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência nestes catorze anos, permitiu-me desenvolver competências que podem ser mobilizadas como resposta às competências de enfermeira especialista. Assim, farei a descrição de algumas actividades referentes ao meu exercício profissional, destacando aquelas que considero mais relevantes, dado entender serem indicador de competências adquiridas nas áreas: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria da qualidade; da gestão dos cuidados; do desenvolvimento das aprendizagens profissionais; da liderança; da formação; da investigação e supervisão de cuidados de enfermagem. Recorrendo ao regulamento das competências comuns e de enfermagem em pessoa em situação crítica do enfermeiro especialista da Ordem dos Enfermeiros (2010) e ainda ao guia de estágio da Universidade Católica Portuguesa, para contextualização das mesmas.

Competências do enfermeiro especialista



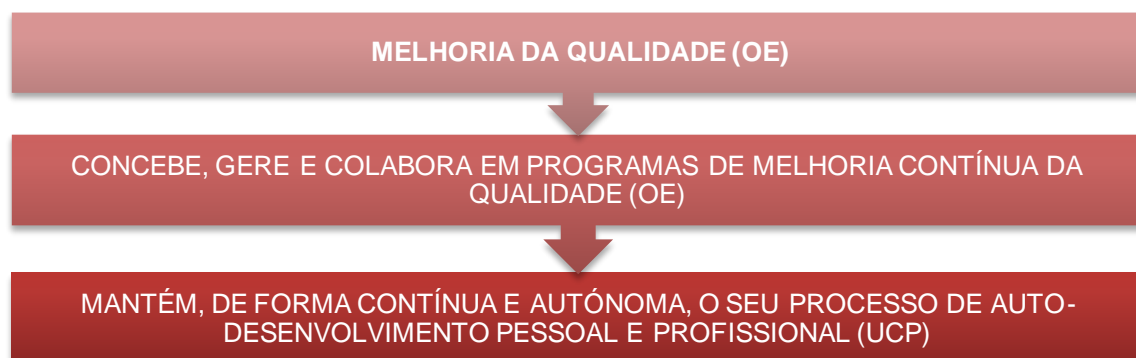
Durante o período de prestação directa de cuidados estive integrada numa das cinco equipas como elemento de referência da mesma.

Fui responsável pela integração de novos profissionais, orientação e avaliação de alunos de enfermagem, na filosofia de cuidados de enfermagem delineada para o Serviço. Ao exercer essas funções, procurei garantir que os cuidados prestados no Serviço fossem sempre imbuídos de grande responsabilidade e respeito pelos direitos e dignidade da pessoa (indivíduo/família/comunidade), em conformidade com o regulamento das competências do enfermeiro especialista, no domínio da melhoria da qualidade no descritivo da Unidade de competência A2 “Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.”. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010 p. 7)



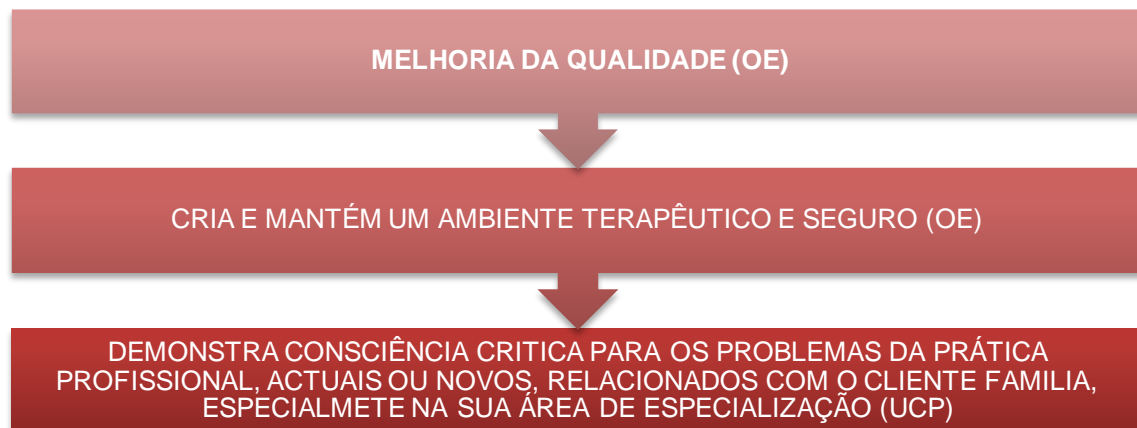
No âmbito do Programa de Creditação Hospitalar integrei grupo de trabalho para elaboração de procedimento multisectorial sobre transporte de doente crítico intra e inter-hospitalar estando em conformidade com o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista na alínea B1 “Colabora na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010 p. 6)

Integrei grupo de trabalho da DGS na revisão de algoritmos do atendimento da linha de saúde 24, dando resposta ainda no domínio da melhoria da qualidade, o referido na alínea B1 “Colabora na realização de actividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010 p. 6)



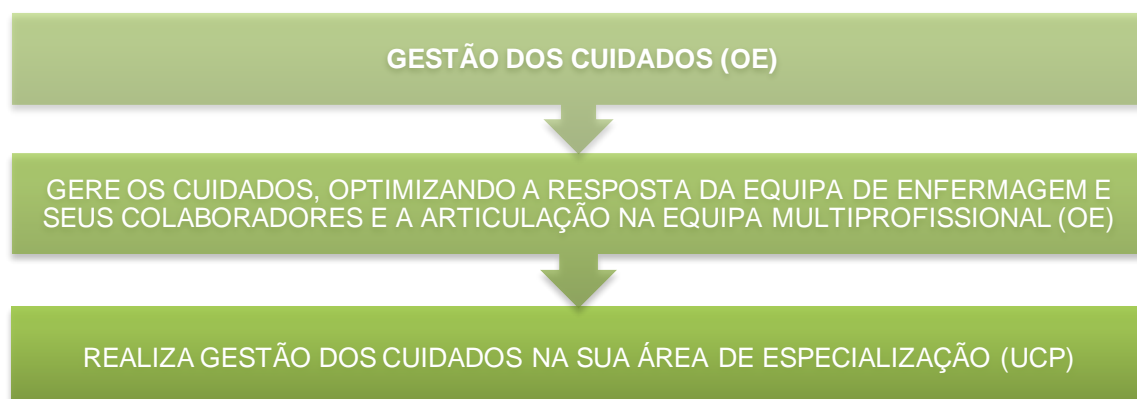
Em Janeiro 2008, designada responsável da Unidade pela implementação e desenvolvimento do projecto – Sistema integrado de comunicação entre equipas de saúde (SICES), que utiliza as plataformas informática e rede móvel. Este Projecto foi vencedor do prémio melhoria de processos na 7ª Edição das Boas práticas do sector público. Elaborei ainda o manual de utilizador do programa para o Serviço de Urgência. Como faz referência o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista alínea B2 “ Reconheceu que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010 p. 6)

Em conformidade com o domínio da melhoria da qualidade avaliei a “ qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado “ (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010 p. 6) realizando auditorias clínicas à Triagem de Manchester.

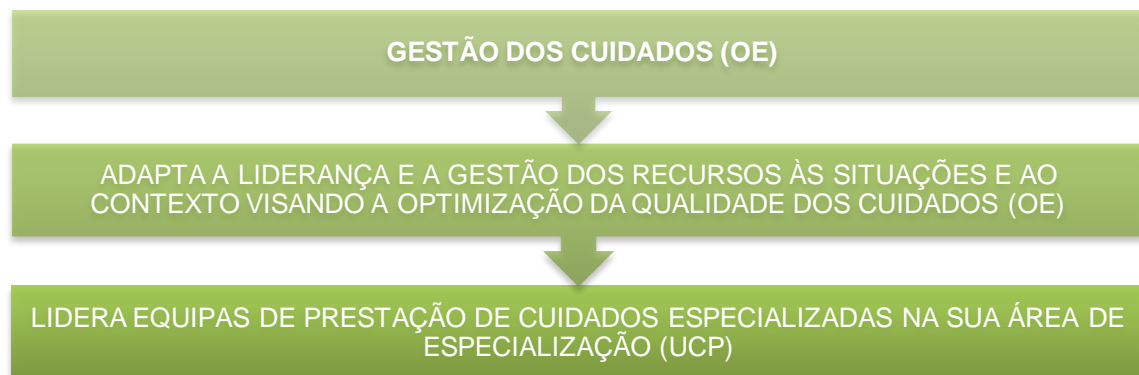


Dei continuidade ao projecto já implementado da reorganização do sector de pequena cirurgia, introduzi cronograma de higienização dos respectivos materiais e equipamentos. Actualizei folha de contagem de instrumental cirúrgico. Fiz arquivo das respectivas folhas e controlo de material danificado com reposição do mesmo quando necessário estimando assim, a necessidade de aquisição do mesmo ao Serviço de Aprovisionamento. Como referido no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista alínea B3 considerei a “gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, actua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010 p. 7)

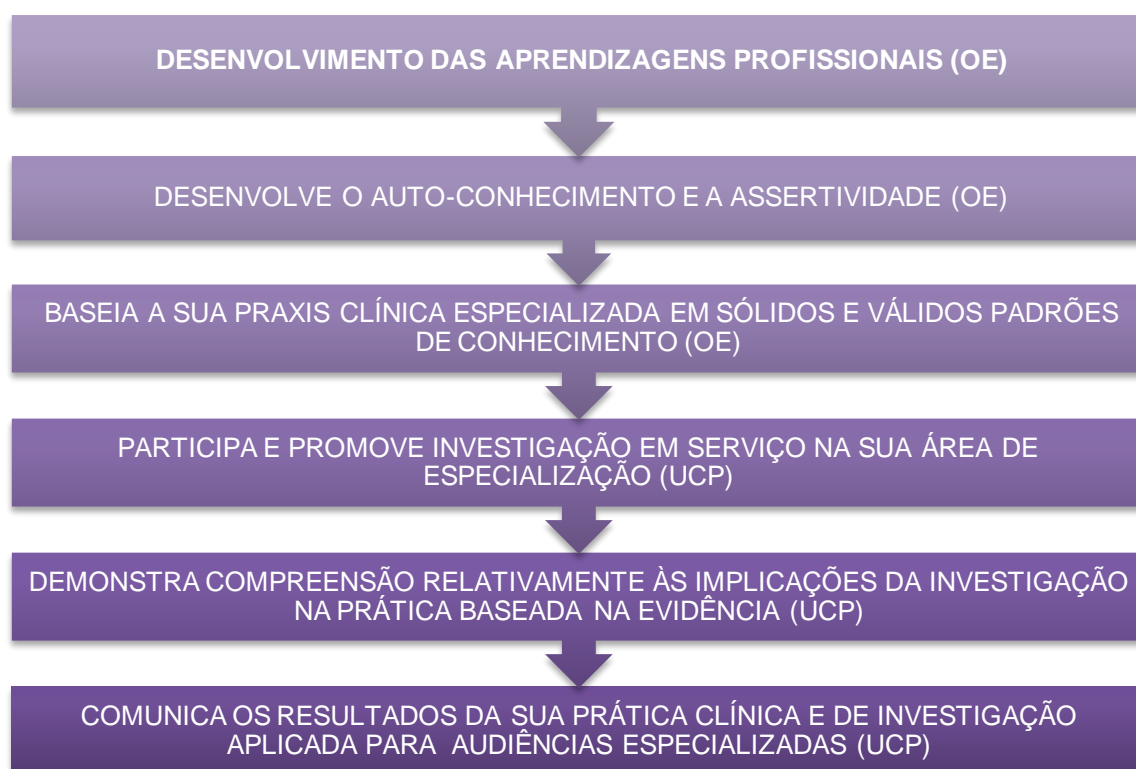
Zelo pela operacionalidade do equipamento, providencio assistência técnica do mesmo sempre que necessário. Providencio assistência técnica das instalações e materiais sempre que estas necessitem. Desta forma e de acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista alínea B3.2 geri o “ risco ao nível institucional ou das unidades funcionais. Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos”. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010 p. 7)



Desde Abril de 2003 que colaboro directamente com a enfermeira-chefe na gestão do Serviço. Fiquei responsável pela elaboração de folha de registo e relatório mensal dos doentes que permaneciam no Serviço de Urgência a aguardar resolução da sua situação social. Com o desenvolvimento deste projecto promovi a melhoria da articulação do Serviço de Urgência com o Serviço Social e um melhor encaminhamento dos utentes após a alta evitando desta forma, a reincidência de internamento e novos episódios de urgência. Como referido no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista alínea C1 entevi “ melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar. Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde. ” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010 p. 7)

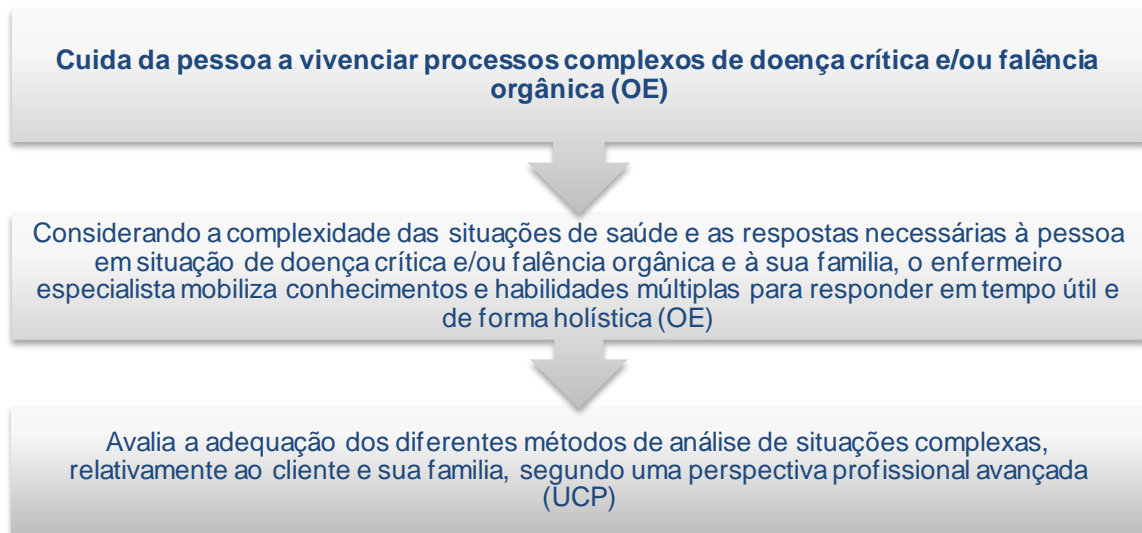


Como elemento de referência da equipa e nos momentos de liderança da mesma, “otimizoo o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados e adapto o estilo de liderança e adequo-o ao clima organizacional estrito, favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010 p. 9)

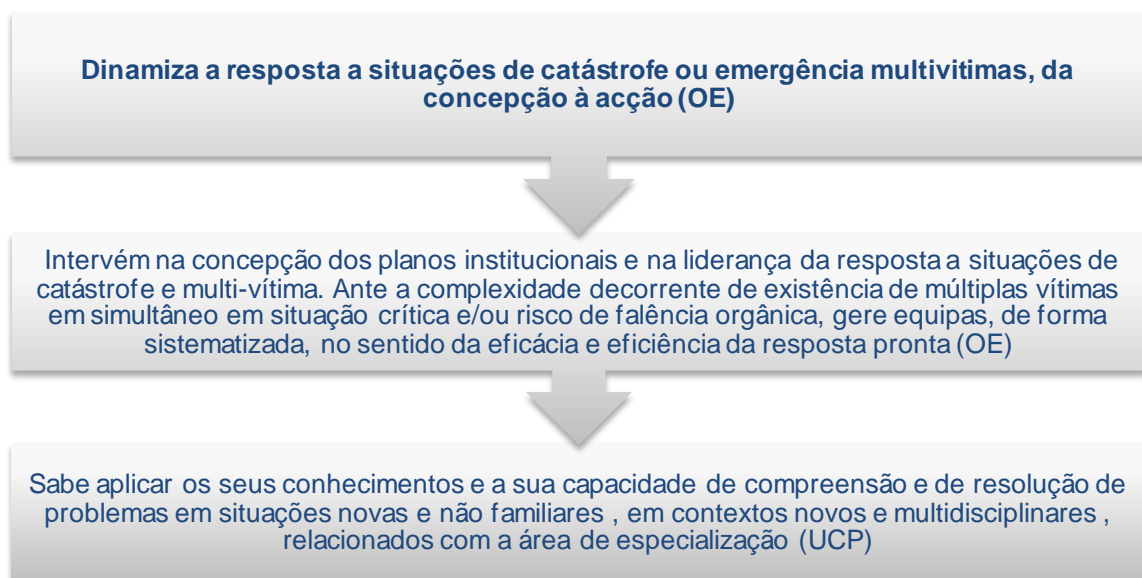


Particpei em estudo descritivo dos doentes submetidos a VNI no Serviço de Urgência no ano de 2009 e primeiro trimestre de 2010. Este estudo teve como objectivos: Caracterizar os doentes submetidos a VNI, Identificar os doentes tratados com VNI no Serviço de Urgência e enumerar os factores associados à falência da VNI. Este estudo foi, seleccionado como comunicação oral no XXVI Congresso de Pneumologia em Dezembro 2010 em Coimbra. Desta forma e de acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista “Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade” pois “Actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos. Investiga e colabora em estudos de investigação. Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. Discute as implicações da investigação. Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada. “ (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010 p. 10)

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica



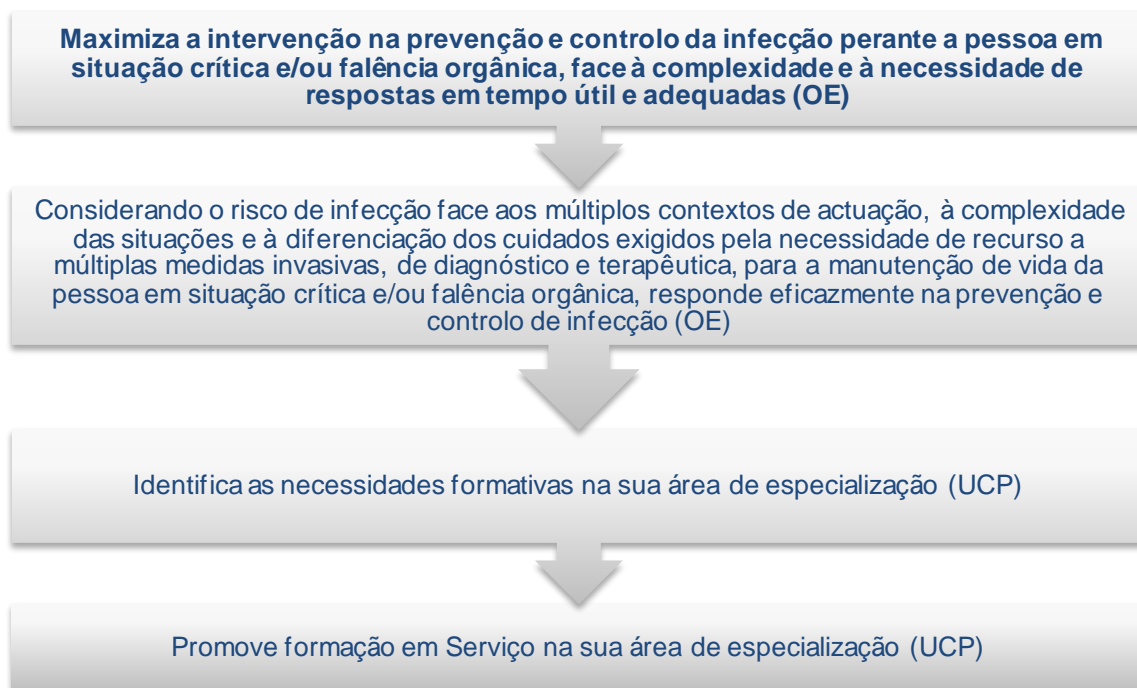
A experiência profissional de catorze anos no Serviço de Urgência de um Hospital Central e os três anos de exercício no âmbito do pré-hospitalar, permitiu-me cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Citando (BENNER, 2005) “ A experiência é por isso necessária para a perícia (...) A perícia em matérias de tomada de decisões humanas complexas, como é o caso dos cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas”. Assim, esta prática profissional permitiu o desenvolvimento e aquisição de competências nesta área.



Neste âmbito e pelo desenvolvimento da actividade profissional na área do pré-hospitalar, já tive a oportunidade de vivenciar situação de socorro multivítimas em Junho de 2009 com acidente de autocarro na Auto-estrada do Norte, num total de 33 vítimas, sendo a nossa equipa de VMER o segundo meio de suporte avançado de vida (SAV) a chegar ao local.

Particpei ainda no evento “Simulacro da derrocada do cemitério dos prazeres” em 2007, a nossa equipa VMER foi o primeiro meio de SAV. Fui responsável pelo estabelecimento de prioridades de cada vítima, tratamento, encaminhamento hospitalar e avaliação das necessidades de meios de socorro necessários para o local, bem como articulação com as respectivas entidades: Protecção civil, Bombeiros, Polícia de Segurança Pública.

Desta forma dá resposta à unidade de competência “planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe”. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010 p. 4)



Elemento dinamizador do controlo de infecção da equipa, durante este período procurei sensibilizar os profissionais do Serviço para os problemas da infecção hospitalar através: da elaboração de normas para o Serviço, de salientar a norma para colheita de hemoculturas e ainda na realização de sessão formativa sobre prevenção da Infecção relacionado com os cuidados de saúde (IACS), no que respeita à prevenção das infecções da corrente sanguínea relacionadas com os cateteres venosos periféricos. Como referido no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, ponto 3 *“estabelece as estratégias proactivas a implementar no Serviço visando a prevenção e controlo de infecção, actualiza o plano de prevenção e controlo de infecção do Serviço com base na evidência, faz cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infecção, monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas”*. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010 p. 4)

Este percurso profissional e o interesse em desenvolver a minha actividade no âmbito da urgência/Emergência e pré-hospitalar são os factores promotores da minha motivação para a melhoria contínua na prestação de cuidados de Qualidade. As competências adquiridas e desenvolvidas nesta área facilitaram, sem dúvida, o sucesso dos ensinamentos clínicos realizados.

Ser Enfermeira é ter também uma vida de estudo contínuo para aperfeiçoamento e actualização de forma a poder fundamentar as suas petições e lutas pelo direito ao reconhecimento de uma profissão digna, bela e indispensável à sociedade em que vivemos.

2- CONCLUSÃO

A realização deste relatório no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica promoveu a auto avaliação e autocrítica das actividades das competências adquiridas e desenvolvidas, tendo como foco central a prestação de cuidados de enfermagem ao doente adulto de médio, alto risco e/ou falência multiorgânica, na área de especialização.

Na base do desenvolvimento de competências nestes ensinios clínicos, para além da própria natureza transversal do controlo de infecção hospitalar associada aos cuidados de saúde, encontra-se a especificidade da relação de cuidado estabelecida entre o enfermeiro e o doente/família. Uma relação essencialmente humana de onde emerge a necessidade de cuidados, exigindo respostas de ciência e arte, num agir fundamentado. Os actos praticados são antecedidos do adequado processo de tomada de decisão, fundamentado nos valores, nos princípios e nos deveres que integram a deontologia da Enfermagem. (DEODATO, 2008) Considerando este quadro de referências e o regulamento de competências comuns do enfermeiro Especialista, como consta no Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, define-se Especialista como sendo “ um enfermeiro, com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

No término deste percurso, torna-se fundamental fazer uma análise fundamentada e reflectida de todos os momentos. Todos estes momentos foram momentos de aprendizagem, dado que nos permitem reformular as nossas acções e desenvolver novos saberes.

Ao longo dos ensinios clínicos fui privilegiada, com os momentos de partilha, na prestação de cuidados aos utentes e com os vários enfermeiros com quem colaborei, pois com todos eles cresci e evolui.

A conduta nestes ensinios clínicos foi norteadada para a prevenção da pneumonia associada à ventilação (PAV), promovendo desenvolvimento de competências na área da investigação, formação e com consequente repercussão na melhoria da qualidade de cuidados.

A realização do estágio relativo ao módulo III – Controlo de Infecção foi provedor de bases de sustentação teórica e científica para a prevenção da PAV. Este estágio decorreu na Instituição onde exerço a minha actividade profissional, tendo tido a iniciativa de aplicar o projecto de prevenção da PAV ao Serviço de Urgência, desenvolvendo competências de formação, com a

organização de sessões formativas para apresentação dos resultados dos questionários aplicados aos enfermeiros. Com o contributo dos momentos de reflexão sobre a prática, relacionados com intervenções específicas de enfermagem na prevenção da PAV (posicionamento, alimentação, higiene oral, aspiração de secreções e manuseamento do circuito ventilatório), os enfermeiros manifestaram interesse e motivação em dar continuidade ao projecto no Serviço, com a criação de grupos de trabalho para elaboração de procedimento sectorial para prevenção da PAV, elaboração de instruções de trabalho para cada intervenção de enfermagem na prevenção da PAV e com consequente criação de indicadores de qualidade para o Serviço. A promoção de mudança esteve eminente com o estímulo aos mais motivados, coadjuvando todo o processo de melhoria da qualidade de cuidados.

Com todo este contributo tive a percepção de passar a ser visada como elemento de referência entre os enfermeiros do Serviço de Urgência, não só para os enfermeiros mais novos como também para os que já tem mais tempo de Serviço, ao ser solicitada, maioritariamente para situações de tomada de decisão e colaboração na formação em Serviço no âmbito das competências já demonstradas.

Para o ensino clínico do módulo II – cuidados intensivos, direccionei todo o conhecimento teórico e científico do ensino clínico anterior (controlo de infecção), tendo como sustentabilidade prática a prevenção da PAV. Os saberes movidos da aquisição de competências anteriores foram facilitadores de todo o processo de integração na equipa de cuidados intensivos, provedores da supervisão de cuidados relacionados com a prevenção da PAV e fomentaram momentos de reflexão sobre a *praxis* clínica.

Entendo a minha passagem por esta Unidade como um processo de crescimento recíproco, adquiri e desenvolvi competências na prestação de cuidados ao doente/família submetido a ventilação mecânica invasiva e ventilação não invasiva, saberes que pretendo mobilizar para o meu contexto de trabalho de forma a facultarem a formação de outros enfermeiros, contribuindo desta forma para uma prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade. Também, promovi e estimei a mudança através da partilha de conhecimentos, com a promoção de momentos de reflexão sobre a prática de enfermagem e sessões formativas sobre prevenção da PAV. A realização das sessões formativas despertou a equipa para a importância da área de investigação em enfermagem. Deixei também dossier organizado com artigos seleccionados e actualizados sobre as intervenções de enfermagem na prevenção da PAV como ponto de partida para a elaboração de procedimento sectorial na prevenção da PAV, elaboração de instruções de trabalho para cada intervenção de enfermagem e criação de indicadores de qualidade em enfermagem.

Assim, a componente prática assume um papel preponderante na globalidade da formação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, implicando uma adequada relação teórico-prática com a consequente aplicabilidade na prestação de cuidados ao doente crítico de

médio e alto risco, justificando e definindo-se assim o contributo específico da enfermagem especializada e dos enfermeiros especialistas para a saúde dos cidadãos.

Em todos os locais de estágio procurei adoptar uma conduta que servisse de modelo aos outros profissionais de enfermagem.

Com a frequência deste curso é meu objectivo prestar cuidados especializados ao doente e sua família com satisfação e competência, promovendo a disciplina Enfermagem e a melhoria da qualidade de cuidados.

Como dificuldades na frequência deste curso tenho a referir o facto de ter de conciliar a actividade laboral com a frequência às aulas, aos ensinamentos clínicos e a família.

Como sugestões gostaria de sugerir, a reactivação no módulo de opção, o estágio de VMER (pré-hospitalar), área onde o desempenho do enfermeiro se encontra em desenvolvimento e tem um papel primordial na abordagem do doente crítico.

Ao terminar este relatório considero ter demonstrado de forma descritiva como foram atingidos os objectivos a que me propus, assim como ter ilustrado com indicadores as competências adquiridas e desenvolvidas de enfermeiro especialista.

3– REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

*ABREU, Wilson Correia - **Formação e Aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didacticas**. Coimbra : Formasau, 2007. ISBN: 978-972-8485-87-0.

*ALARCÃO, Isabel - **Formação reflexiva de professores - Estratégias de Supervisão**. s.l. : Porto editora, 1996. ISBN 972-0-34721-X.

*BENNER, Patricia - **De Iniciado a Perito**. Coimbra : Quarteto, 2005. ISBN 989-558-052-5.

*BOTELHO, José Rodrigues - **O trabalho de projecto na prática do enfermeiro**. Enfermagem em foco. 1996, p. 45., Vol. VI:23.

*CASTRO, Beatriz G. - **Aspectos emocionais do paciente idoso hospitalizado e o papel do psicólogo hospitalar**. [Em linha] 2009. [Consult. 14 de Abril de 2011]. Disponível na <http://www.slideshare.net/biacastro/aspectos-emocionais-do-paciente-idoso-hospitalizado-e-o-papel-do-psicologo-hospitalar>

*CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, EPE - **Regulamento da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar 2004-2007**. Lisboa

*CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE - **Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE. Hospital Santa Maria - Serviço Pneumologia**. [Em linha] 2010. [Consult. 02 de Fevereiro de 2011]. Disponível em <http://www.hsm.minsaude.pt/CentroHospitalar/Organização/EstruturaOrganizacional/AçãoMédica/DepartamentodoTórax/ServiçodePneumologia/tabid/1518/Default.aspx>.

*CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE - **Relatório de actividades 2009** - UCIR, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE. Hospital Santa Maria - Serviço Pneumologia.

*CHICK, N.; MELEIS, A.I. **Transitions: a nursing concern**. In: CHINN, P. L. Rockeville: Aspen, [Em linha]. Revista Nursing research methodology. 1986. p. 237-257. [Consult. a 10 ABR.2011]. Disponível em <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>

*COLLIÈRE, Marie Françoise – **Cuidar A primeira arte da vida**, 2ª edição – Loures: Lusociência, 2001.

*COLLIÈRE, Marie Françoise – **Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**, Edição original: Inter Editions, Paris. 1989.ISBN 272 96-0009-4.

*DAVID, Cid Marcos - **Ventilação mecânica - da Fisiologia à Prática Clínica**. Rio de Janeiro : Revinter Ltda, 2001. p. 600. ISBN 85-7309-492-3.

DEODATO, Sérgio - **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade**, Coimbra: Almedina, 2008. 194p. ISBN 978-972-40-3401-0.

*DOING GS, [et al]. - Early Enteral Nutrition Reduces Mortality in the Critically Ill - Administration within 24 hours is thought to be key. AJN - American Journal of Nursing. [Em linha]. Vol. 110,Nº1 (January 2010). [Consult. 14 Fev. 2011]. Disponível na http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2010/01000/Early_Enteral_Nutrition_Reduces_Mortality_in_the.14.aspx

*FERNANDES, Isabel Maria Ribeiro – **Factores influenciadores da percepção dos comportamentos de cuidar dos enfermeiros**. Coimbra: Formasau, 2007. 166 p. ISBN 978-972-8485-88-7.

*FROES, Filipe, [et al]. - Documento de Consenso Sobre Pneumonia Nosocomial. Revista Portuguesa de Pneumologia [Em linha]. Vol. 13, Nº 3 Maio-Junho (2007). [Consult. 14 Fev. 2011]. Disponível na <http://www.sppneumologia.pt/publicacoes/?imc=50n&publicacao=22&edicao=1898&fmo=pa>

*GOMES, Eládio A. - Higiene da cavidade oral - implicações e procedimentos. Nursing [Em linha]. Vol. 254, Abril de 2010 . [Consult. a 14 de Abril de 2011] .Disponível na http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3554:higien-e-da-cavidade-oral-implicacoes-e-procedimentos&catid=214:marco-a-abril-2010

*NHS - High Impact Intervention Nº5 - Care bundle for ventilated patients (or tracheostomy where appropriate) [Em linha]. Agosto (2007). [Consult. a 29 de Janeiro de 2011]. Disponível na http://www.sussexcritcare.nhs.uk/profclinical/carebundles/documents/DH_5Carebundleforventilatedpatients.pdf.

*ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual - Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. Lisboa (2001). [Consult. a 29 de Janeiro de 2011]. Disponível na <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

*ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. Lisboa (2010). [Consult. a 29 de Janeiro de 2011]. Disponível na http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

*ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. Lisboa (2010). [Consult. a 29 de Janeiro de 2011]. Disponível na http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

*PEDERSEN, Carsten M., [et al]. - Endotracheal suctioning of de adult intubated patient - what is the evidence? Intensive and Critical Care Nursing [Em linha]. Vol. 25, February (2009). [Consult. a 29 de Janeiro de 2011]. Disponível na [http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397\(08\)00056-6/abstract](http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397(08)00056-6/abstract)

*PENEFF, Jean – **O Hospital na Urgência: estudo por observação participante**, EDIÇÃO 2004. ISBN 972-8485-26-3

*RATTON, J.L. - **Emergências Médicas e Terapia Intensiva**. Brasil : Guanabara Koogan, 2005. 980 p. ISBN 9788527710695.

*SUSSAMS, John E. – **Como Fazer um Relatório**. Lisboa. Editorial Presença, Lda. 2ªed 1990. 135 p.

*VIEIRA, Margarida – **Ser enfermeira: da compaixão à proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2007. n.º 16, 2ª edição, 155 p. ISBN 978-972-54-0195-8.

*ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson – O Cuidado Humano Transicional na Trajetória de Enfermagem. Rev.latino-am.enfermagem [Em linha]. Vol.7, nº3 (Julho 1999), p.25-32. [Consult. a 21 Fev.2011]. Disponível na <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>

ANEXOS

ANEXO I – Questionário aplicado aos enfermeiros do Serviço de Urgência



Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

No Contexto do Estágio de Opção – Controlo de Infecção do Mestrado de Enfermagem na área de especialização Médico-cirúrgica, projectei Sensibilizar os enfermeiros do Serviço de Urgência para as boas práticas na prevenção e controlo da infecção respiratória no doente ventilado.

A fim de identificar os procedimentos praticados e os conhecimentos dos enfermeiros, peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário, garantindo o anonimato e confidencialidade das respostas.

Agradeço antecipadamente a sua atenção e disponibilidade.

Elsa Filipe
(Enfermeira)

Questionário

Serviço: Urgência

Idade: _____

Género: Masculino ☐ Feminino ☐

Tempo de exercício profissional: Até 3 anos ☐ De 4 a 9 anos ☐ De 10 a 14 anos

☐ Mais de 15 anos ☐

1. Encontra-se familiarizado com as recomendações para prevenir a Pneumonia associada à ventilação?

Sim ☐ Não ☐

2. Quais dos seguintes procedimentos considera para a prevenção da pneumonia associada à ventilação:

A) Posicionamento

Sim Não

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| - Lavagem/desinfecção das mãos antes do procedimento ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Decúbito dorsal puro é o decúbito privilegiado----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Elevação da cabeceira ou do plano a 30°-45°----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - O posicionamento é factor de risco----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Lavagem/desinfecção das mãos após o procedimento----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

B) Alimentação

Sim Não

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| - A pausa alimentar é factor de risco ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Verificação de conteúdo gástrico regularmente ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Verificação do posicionamento da sonda antes de qualquer procedimento ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Promover períodos de pausa alimentar ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Alimentação entérica contínua ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Utilização de luvas estéreis ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Utilização de luvas de procedimento ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Lavagem asséptica das mãos antes do procedimento----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Lavagem/desinfecção das mãos antes do procedimento ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C) Higiene Oral

Sim Não

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| - Lavagem/desinfecção das mãos antes do procedimento----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Utilização de luvas de procedimento----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Utilização de luvas de procedimento esterilizadas----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Higiene oral é factor de risco ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Higiene oral regular ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Utilização de clorhexidina ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Lavagem/desinfecção das mãos após o procedimento----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

D) Aspiração de Secreções

Sim Não

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| - Aspiração da orofaringe ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Desinsuflar o cuff para aspiração da orofaringe ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Utilização de soro fisiológico para fluidificar secreções ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Hiper-oxigenar com FiO2 100% antes da aspiração de secreções ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Hiper-oxigenar com FiO2 100% depois da aspiração de secreções ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Utilização de luvas de procedimento estéreis ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Utilização de luvas de procedimento ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Lavagem/desinfecção das mãos antes de procedimento ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

E) Manuseamento do circuito ventilatório

Sim Não

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| - Proteger a extremidade do sistema quando desconectado ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Usar luvas de procedimento para manuseamento do circuito ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Lavagem/desinfecção das mãos antes do manuseamento do circuito ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Substituir a cada 24h o circuito ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Substituir quando visivelmente sujo ou com defeito mecânico ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

F) Já frequentou algum curso de ventilação para enfermeiros?Sim ☐ Não ☐**G) Já frequentou algum curso de controlo de infecção hospitalar?**Sim ☐ Não ☐**H) Sente necessidade de formação em alguma desta área?**Sim ☐ Qual _____Não ☐

Obrigado

ANEXO II – Plano das sessões formativas apresentadas aos enfermeiros do Serviço de Urgência

Grupo a que se destina:

Enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital de São José

Local:

Sala de Pausa de Enfermagem do Serviço de Urgência

Tempo previsto:

15 minutos

Orientador:

Enfª Madalena Almeida

Formador:

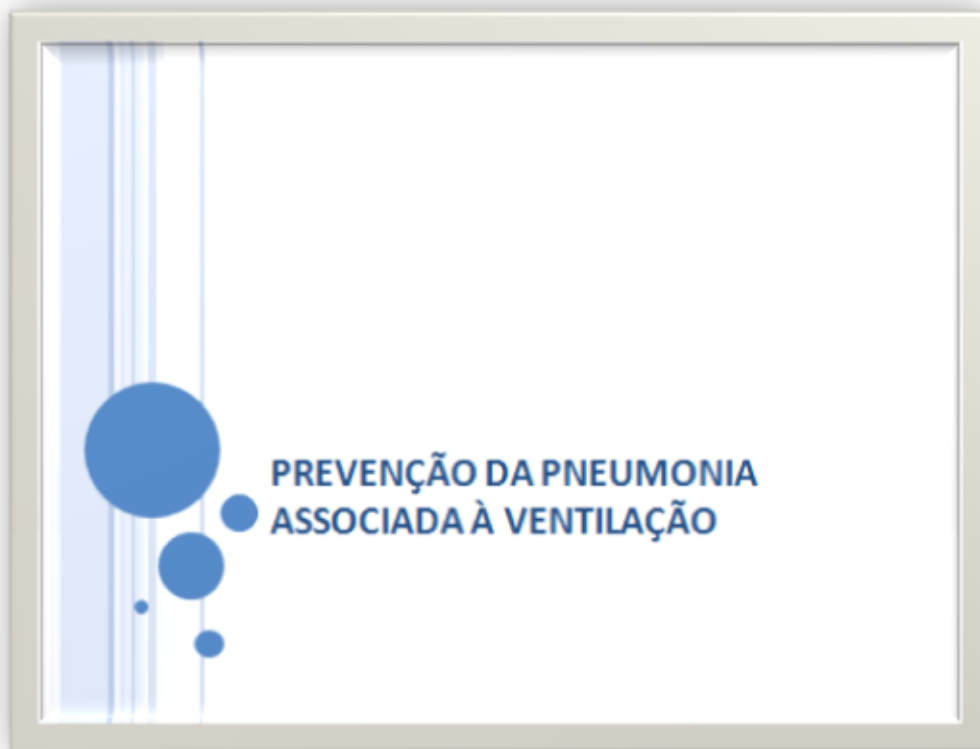
Enfª Elsa Filipe


Objectivos:

Geral

- Contribuir para a melhoria da segurança dos cuidados na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV)

Etapas	Conteúdo	Métodos e técnicas pedagógicas	Meios auxiliares de ensino	Tempo
Apresentação/ Introdução	Apresentação do tema/ Justificação da apresentação	Expositivo	Computador/ LCD	2 minutos
Desenvolvimento	Apresentação gráfica das respostas do questionário	Expositivo/ Interactivo	Computador/ LCD	8 minutos
Conclusão/ Troca de opiniões	Resumo participativo	Expositivo/ Interactivo		5 minutos






PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

- OBJECTIVO
 - Contribuir para a melhoria da segurança dos cuidados na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV)

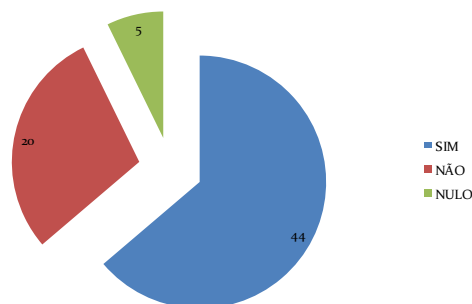
Elsa Filipe | junho 2010





PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

- Q1 - Encontra-se familiarizado com as recomendações para prevenir a PAV



Elisa Filipe Junho 2010



PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Intervenções

- Posicionamento
- Alimentação
- Higiene oral
- Aspiração de secreções
- Manuseamento do circuito ventilatório

Elisa Filipe Junho 2010

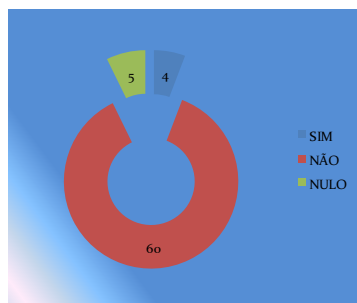




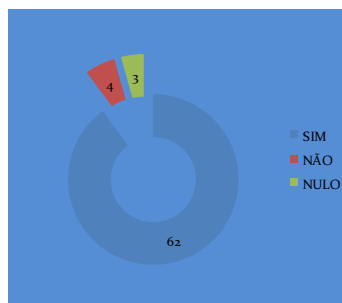
PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Posicionamento

- Q2A2 - Decúbito dorsal puro é o decúbito privilegiado



- Q2A3 - Elevação da cabeça ou do plano a 30°-45°



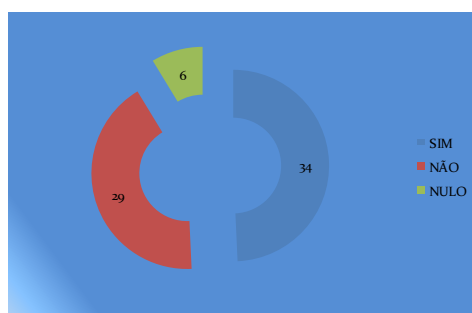
Elisa Filipe Junho 2010



PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Posicionamento

- Q2A4 - O posicionamento é factor de risco



Elisa Filipe Junho 2010

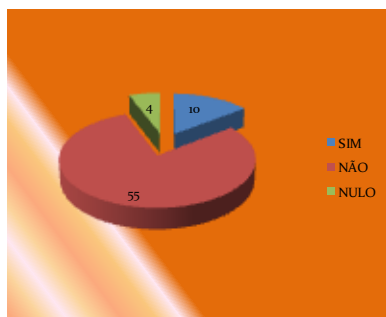




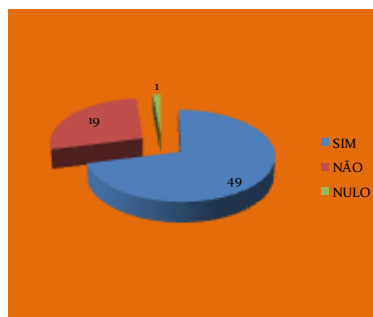
PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Alimentação

- Q2B1 - A pausa alimentar é factor de risco



- Q2B4 - Promover períodos de pausa alimentar



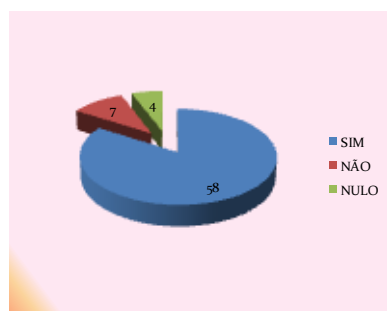
Elisa Filipe Junho 2010



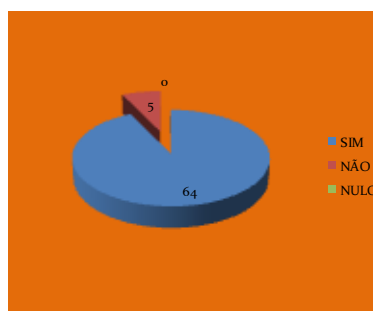
PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Alimentação

- Q2B2 - Verificação do conteúdo gástrico regularmente



- Q2B3 - Verificação do posicionamento da sonda antes de qualquer procedimento



Elisa Filipe Junho 2010

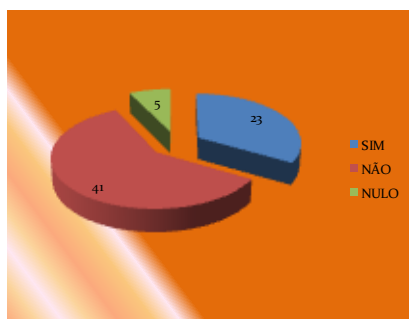




PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Alimentação

- Q2B5 - Alimentação entérica continua



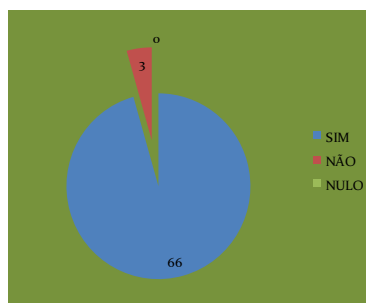
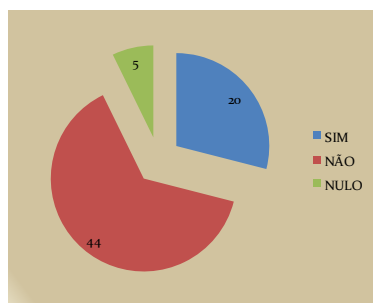
Elisa Filipe Junho 2010



PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Higiene Oral

- Q2C4 - Higiene oral é factor de risco
- Q2C5 - Higiene oral regular



Elisa Filipe Junho 2010

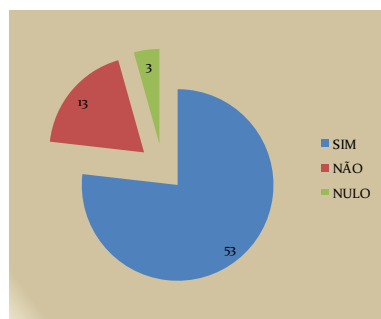




PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Higiene Oral

- Q2C6 - utilização de clorhexidina



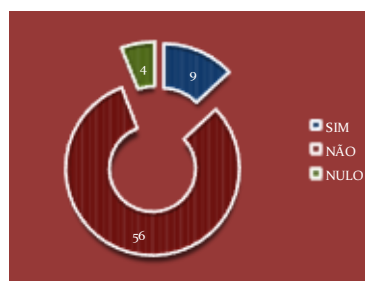
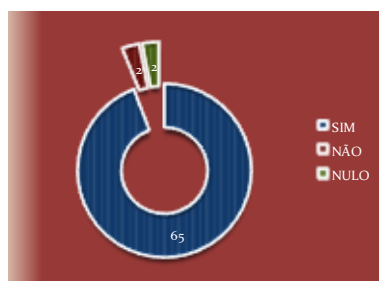
Elisa Filipe Junho 2010



PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Aspiração de Secreções

- Q2D1 - Aspiração da orofaringe
- Q2D2 - Desinsuflar o cuff para aspiração da orofaringe



Elisa Filipe Junho 2010

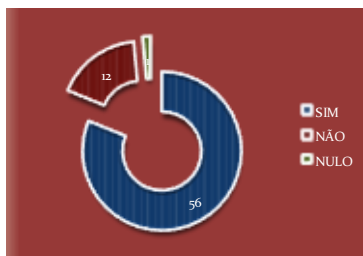




PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Aspiração de Secreções

- Q2D3 - Utilização de soro fisiológico para fluidificar secreções



- Q2D6 - Utilização de luvas de procedimento estéreis



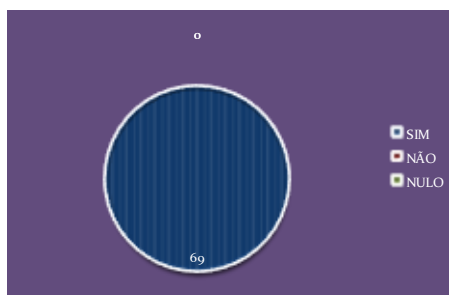
Elisa Filipe Junho 2010



PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Manuseamento do circuito ventilatório

- Q2E1 - Proteger a extremidade do sistema quando desconectado
- Q2E3 - lavagem/desinfecção das mãos antes do manuseamento do circuito



Elisa Filipe Junho 2010

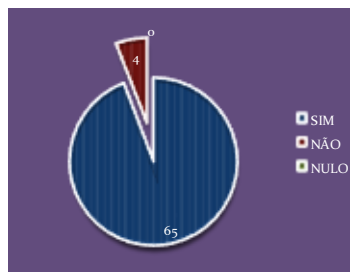
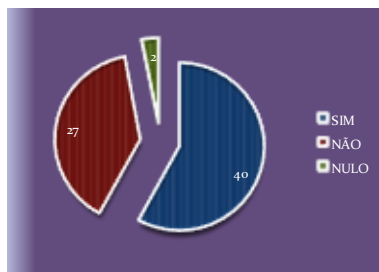




PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Manuseamento do circuito ventilatório

- Q2E4 - Substituir a cada 24h
- Q2E5 - Substituir quando visivelmente sujo ou com defeito mecânico



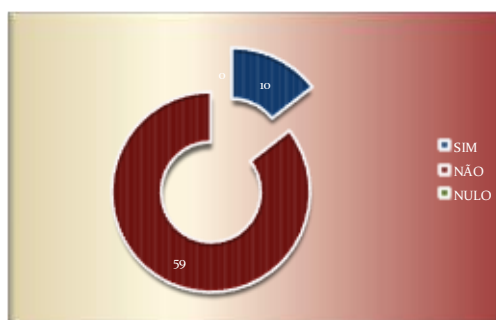
Elisa Filipe Junho 2010



PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Formação

- Q3 - Já frequentou algum curso de ventilação para enfermeiros



Elisa Filipe Junho 2010





PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Formação

- Q4 - Já frequentou algum curso de infecção hospitalar para enfermeiros



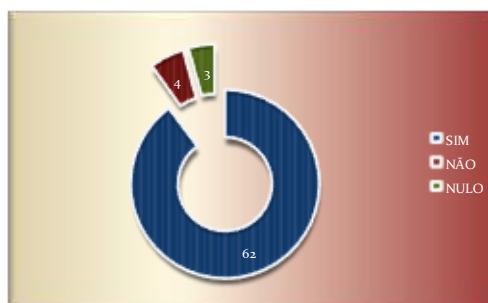
Elisa Filipe Junho 2010



PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Formação

- Q5 - Sente necessidade de formação em alguma destas áreas



Elisa Filipe Junho 2010

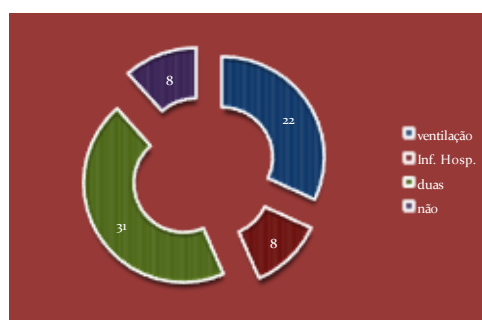




PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Formação

- Q5.1 - Qual



Elisa Filipe Junho 2010



Obrigada

Elisa Filipe Junho 2010



ANEXO III – Questionário aplicado aos enfermeiros da UCIR



Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

No Contexto do Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Módulo II de Cuidados Intensivos/ Intermédios, projectei sensibilizar os enfermeiros da UCIR para as boas práticas na prevenção e controlo da infecção respiratória no doente ventilado.

A fim de identificar os procedimentos praticados e os conhecimentos dos enfermeiros, peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário, garantindo o anonimato e confidencialidade das respostas.

Agradeço antecipadamente a sua atenção e disponibilidade.

Elsa Filipe
(Enfermeira)

Questionário

Serviço: UCIR

Idade: _____

Género: Masculino ☐ Feminino ☐

Tempo de exercício profissional: Até 3 anos ☐ De 4 a 9 anos ☐ De 10 a 14 anos ☐

Mais de 15 anos ☐

1. Encontra-se familiarizado com as recomendações para prevenir a Pneumonia associada à ventilação?

Sim ☐ Não ☐

2. Quais dos seguintes procedimentos considera para a prevenção da pneumonia associada à ventilação:

A) Posicionamento

Sim Não

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| - Lavagem/desinfecção das mãos antes do procedimento ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Decúbito dorsal puro é o decúbito privilegiado----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Elevação da cabeceira ou do plano a 30°-45°----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - O posicionamento é factor de risco----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Lavagem/desinfecção das mãos após o procedimento----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

B) Alimentação

Sim Não

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| - A pausa alimentar é factor de risco ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Verificação de conteúdo gástrico regularmente ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Verificação do posicionamento da sonda antes de qualquer procedimento ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Promover períodos de pausa alimentar ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Alimentação entérica contínua ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Utilização de luvas estéreis ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Utilização de luvas de procedimento ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Lavagem asséptica das mãos antes do procedimento----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Lavagem/desinfecção das mãos antes do procedimento ----- | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C) Higiene Oral	Sim	Não
- Lavagem/desinfecção das mãos antes do procedimento-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Utilização de luvas de procedimento-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Utilização de luvas de procedimento esterilizadas-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Higiene oral é factor de risco -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Higiene oral regular -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Utilização de clorhexidina -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Lavagem/desinfecção das mãos após o procedimento-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D) Aspiração de Secreções	Sim	Não
- Aspiração da orofaringe -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Desinsuflar o cuff para aspiração da orofaringe -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Utilização de soro fisiológico para fluidificar secreções -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Hiper-oxigenar com FiO2 100% antes da aspiração de secreções -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Hiper-oxigenar com FiO2 100% depois da aspiração de secreções -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Utilização de luvas de procedimento estéreis -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Utilização de luvas de procedimento -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Lavagem/desinfecção das mãos antes de procedimento -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E) Manuseamento do circuito ventilatório	Sim	Não
- Proteger a extremidade do sistema quando desconectado -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Usar luvas de procedimento para manuseamento do circuito -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Lavagem/desinfecção das mãos antes do manuseamento do circuito -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Substituir a cada 24h o circuito -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Substituir quando visivelmente sujo ou com defeito mecânico -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Já frequentou algum curso de ventilação para enfermeiros?

Sim ☐ Não ☐

4. Já frequentou algum curso de controlo de infecção hospitalar?

Sim ☐ Não ☐

5. Sente necessidade de formação em alguma desta área?

Sim ☐ Qual _____
 Não ☐

Obrigado.

ANEXO IV – Plano das sessões formativas apresentadas aos enfermeiros da UCIR

Grupo a que se destina:

Enfermeiros da Unidade Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR)

Local:

Sala de Formação da Unidade

Tempo previsto:

15 minutos

Orientador:

Enfª Aida Santos

Formador:

Enfª Elsa Filipe

Objectivos:

Geral

- Contribuir para a melhoria da segurança dos cuidados na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV)

Etapas	Conteúdo	Métodos e técnicas pedagógicas	Meios auxiliares de ensino	Tempo
Apresentação/ Introdução	Apresentação do tema/ Justificação da apresentação	Expositivo	Computador/ LCD	2 minutos
Desenvolvimento	Apresentação gráfica das respostas do questionário	Expositivo/ Interactivo	Computador/ LCD	8 minutos
Conclusão/ Troca de opiniões	Resumo participativo	Expositivo/ Interactivo		5 minutos



PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Mestrado de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

○ OBJECTIVO

- Contribuir para a melhoria da segurança dos cuidados na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV)

Mestrado de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica



Elisa Filipe Nov 2010 UCIR

PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Intervenções

- Posicionamento
- Alimentação
- Higiene oral
- Aspiração de secreções
- Manuseamento do circuito ventilatório

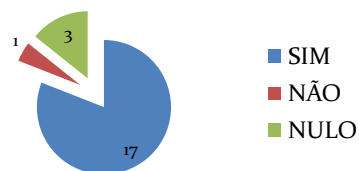
Mestrado de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica



Elsa Filipe Nov 2010 UCIR

PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Q1 - Encontra-se familiarizado com as recomendações para prevenir a PAV



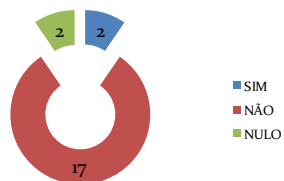
Mestrado de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elsa Filipe Nov 2010 UCIR

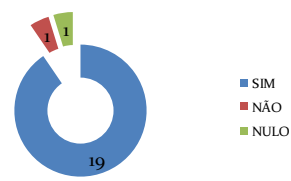
PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Posicionamento

- Q2A2 - Decúbito dorsal puro é o decúbito privilegiado



- Q2A3 - Elevação da cabeça ou do plano a 30º-45º



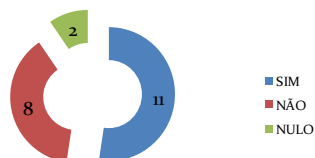
Mestrado de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elsa Filipe - Nov 2010 UCIR

PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Posicionamento

- Q2A4 - O posicionamento é factor de risco



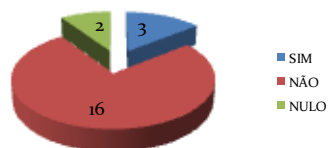
Mestrado de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elsa Filipe - Nov 2010 UCIR

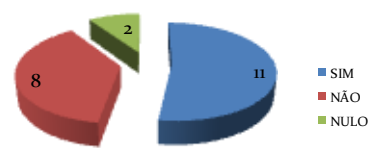
PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Alimentação

- Q2B1 - A pausa alimentar é factor de risco



- Q2B4 - Promover períodos de pausa alimentar



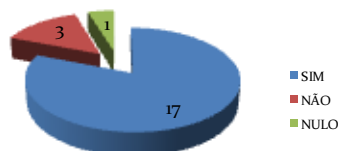
Mestrado de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elsa Filipe Nov 2010 UCIR

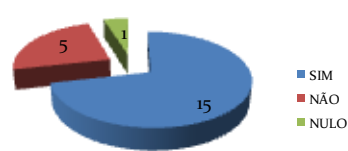
PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Alimentação

- Q2B2 - Verificação do conteúdo gástrico regularmente



- Q2B3 - Verificação do posicionamento da sonda antes de qualquer procedimento



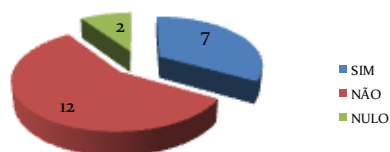
Mestrado de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elsa Filipe Nov 2010 UCIR

PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Alimentação

- Q2B5 - Alimentação entérica continua



Mestrado de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

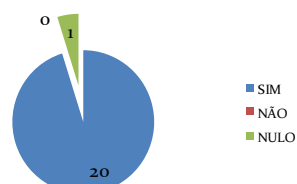
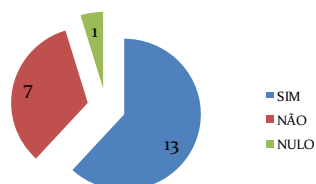


Elsa Filipe - Nov 2010 UCIR

PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Higiene Oral

- Q2C4 - Higiene oral é factor de risco
- Q2C5 - Higiene oral regular



Mestrado de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

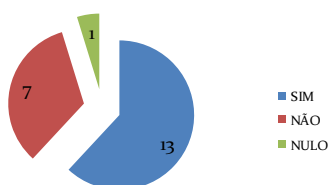


Elsa Filipe - Nov 2010 UCIR

PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Higiene Oral

- Q2C6 - utilização de clorhexidina



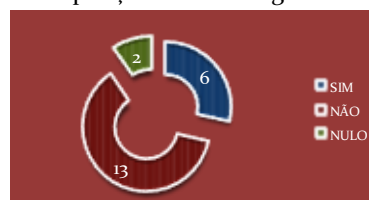
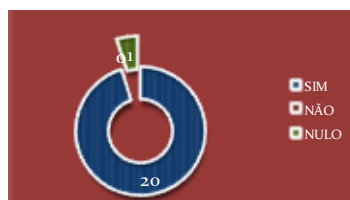
Mestrado de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elsa Filipe Nov 2010 UCIR

PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Aspiração de Secreções

- Q2D1 - Aspiração da orofaringe
- Q2D2 - Desinsuflar o cuff para aspiração da orofaringe



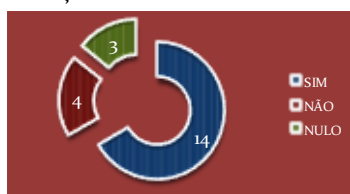
Mestrado de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elsa Filipe Nov 2010 UCIR

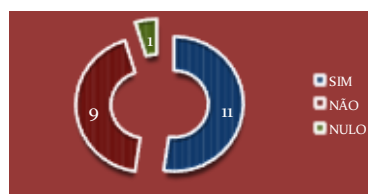
PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Aspiração de Secreções

- Q2D3 - Utilização de soro fisiológico para fluidificar secreções



- Q2D6 - Utilização de luvas de procedimento estéreis



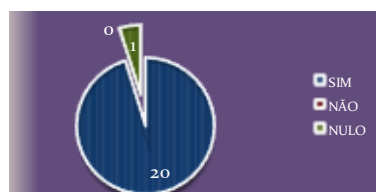
Mestrado de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elisa Filipe Nov 2010 UCIR

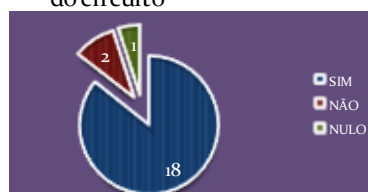
PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Manuseamento do circuito ventilatório

- Q2E1 - Proteger a extremidade do sistema quando desconectado



- Q2E3 - lavagem/desinfecção das mãos antes do manuseamento do circuito



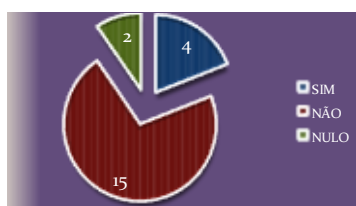
Mestrado de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elisa Filipe Nov 2010 UCIR

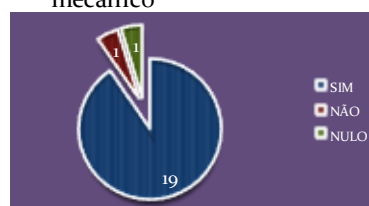
PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Manuseamento do circuito ventilatório

- Q2E4 - Substituir a cada 24h



- Q2E5 - Substituir quando visivelmente sujo ou com defeito mecânico



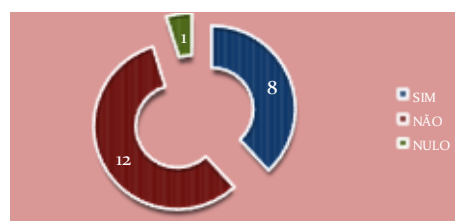
Mestrado de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elsa Filipe Nov 2010 UCIR

PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Formação

- Q3 - Já frequentou algum curso de ventilação para enfermeiros



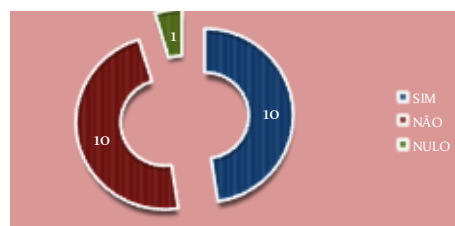
Mestrado de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elsa Filipe Nov 2010 UCIR

PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Formação

- Q4 - Já frequentou algum curso de infecção hospitalar para enfermeiros



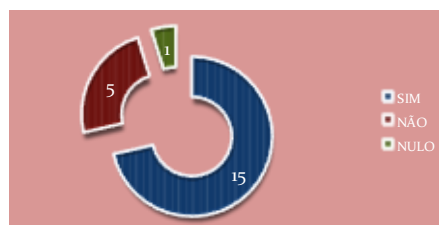
Mestrado de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elsa Filipe Nov 2010 UCIR

PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Formação

- Q5 - Sente necessidade de formação em alguma destas áreas



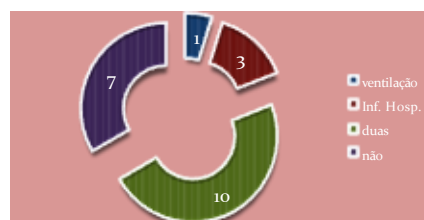
Mestrado de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elsa Filipe Nov 2010 UCIR

PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

Formação

- Q5.1 - Qual



Mestrado de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica



Elsa Filipe - Nov 2010 UCIR



Obrigada

Mestrado de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica



Elsa Filipe - Nov 2010 UCIR

